Nr. 10. 7. marca 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. W. ARNOLD, prymarjusz Państw. Szpit. powsz. Lwów.

O znaczeniu klinicznem odczynu diazowego.

Odczynu tego nie znajdziemy wogóle w moczu prawidłowym. Już Ehrlich wykazał, że występuje on prawie stale w durze brzusznym, podczas gdy w innych procesach gorączkowych go nie stwierdzamy (zapalenie gośćcowe mnogich stawów), lub nierównie rzadziej, jak w durze brzusznym (w grypie, procesach posocznicżych). Uzasadnia to pewne znaczenie rozpoznawcze tego odczynu dla duru brzusznego, w której to chorobie ten odczyn występuje zazwyczaj w stopniu wyraźnym lub silnym. Nie zależy on zresztą bezpośrednio od nasilenia i trwania gorączki, lecz przedewszystkiem od działania toksyn, wywołujących rozpad ciał białkowych ustroju. Spostrzegałem raz przypadek duru brzusznego, w którym ciepłota nie przekraczała nigdy 37'4—37'5° C. a mimoto odczyn diazowy w moczu był bardzo silny. Sama też choroba mimo nizkiej ciepłoty trwała długo i spowodowała znaczne wycieńczenie chorego. Nasilenie tego odczynu, nieodpowiadające wysokości gorączki, było też wskazówką, że rozchodzi się o proces patologiczny poważniejszy, aniżeliby się na pierwszy rzut oka zdawało.

Procesy zakaźne wywołują zresztą cały zespół objawów, wśród których jednak na plan pierwszy wybija się zazwyczaj gorączka. Bywają jednak zakażenia, którym nie towarzyszy gorączka, a wykazać je może właśnie odczyn diazowy, jeżeli wtedy w moczu występuje.

Przypadków takich widziałem kilka. W pierwszym rozchodziło się o ozdrowieńca po durze plamistym, człowieka niedokrewnego, liczącego 36 lat, niedostatecznie odżywionego. Uderzyło mnie u niego, że chory, będąc już po przełomie choroby, jakkolwiek zupełnie nie gorączkował, nie wracał do sił. Badanie moczu wykazywało stale wybitny odczyn diazowy. Przypuszczałem wobec tego, iż rozchodzi się u chorego mimo stanu bezgorączkowego, o zakażenie, którego przyczyny na razie nie można było wykazać. Zamiast gorączki wybijał się tu więc na pierwszy plan inny objaw stanu infekcyjnego, rzadziej towarzyszący zakażeniu. Z końcem drugiego tygodnia wystąpiło jednak stłumienie z przodu po prawej stronie klatki piersiowej, pojawił się kaszel i ból w piersiach a po dalszych kilku dniach chory zaczął wykaszliwać wielkie ilości ropy. Przyczyną stanu patologicznego ujawnionego w tym przypadku przez dodatni odczyn diazowy w moczu, był więc ropień w płucu prawem.

Drugi przypadek, należący do tej kategorji utajonych stanów gorączkowych, widziałem przed rokiem. Przyjętą została na oddział młoda dobrze zbudowana i odżywiona chora, przysłana z Brodów z rozpoznaniem wąglika. Istotnie na plecach chorej była jeszcze mała krosta wąglikowa z centralną martwicą skóry, ale już ustępująca. Krosta ta pojawiła się u chorej przed 8—9 dniami, chora gorączkowała wtedy przez dwa dni, poczem stan jej się poprawił, a gorączka ustąpiła zupełnie. Po trzech dniach jednak wystąpiły u chorej bole głowy, a następnie wymioty, które nie dały się niczem usunąć i uniemożliwiły zupełnie odżywianie u chorej. Ponieważ lekarze sądzili, że wymioty te pozostają jeszcze w związku z wąglikiem skóry, przysłano ją czem prędzej do Lwowa. Wobec tego, że krosta już znikała oraz wobec braku gorączki i zapadu u chorej, której stan w chwili przyjęcia był względnie dobry, wykluczyłem wąglika wewnętrznego. Badanie moczu wykazywało u chorej słaby, ale wyraźny odczyn diazowy, który wskazywał w każdym razie, mimo stanu bezgorączkowego, na istnienie procesu zakaźnego. Narządy wewnętrzne jednak były bez zmian, a co do układu nerwowego, nie wykazano ani wyraźnej sztywności karku, ani objawu Kerniga, tylko szpara powiekowa oka lewego była nieco węższa, jednak chora tłumaczyła ten objaw zwyczajowem mrużeniem oka lewego. Wymioty trwały dalej i zmuszały nas do zastosowania sztucznego odżywiania chorej *per rectum*. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało cechy zapalne i lekką pleocytozę, odczyn Pandy'ego lekko dodatni; płyn zresztą zupełnie przezroczysty i o ciśnieniu nie podwyższonem, czem tłumaczy się brak silniejszych bolów głowy i zaledwie zaznaczoną sztywność karku. Badanie bakterjologiczne płynu dało wynik ujemny. Rozpoznałem surowicze zapalenie opon, zapewne na tle meningokokowem, gdyż w tym czasie wydarzały się u nas liczniejsze przypadki tej choroby. Zastosowałem u chorej z pomyślnym skutkiem leczenie napotne. Już po dwóch dniach stwierdziła chora z zadowoleniem, że nastąpiła poprawa w jej stanie, a w ciągu tygodnia ustąpiły wraz z wymiotami wszystkie inne objawy chorobowe. Odczyn diazowy znikł również zupełnie.

Tak samo zresztą w czasie ozdrowienia po durze brzusznym, dalsze trwanie odczynu diazowego, mimo stanu bezgorączkowego, może być uważane za dowód dalszego trwania procesu zakaźnego i dlatego tylko w takich przypadkach (jak zauważył już Romberg) grozi nawrót choroby. Zakażenie nie jest jeszcze pokonane mimo pozorów ozdrowienia,a wyrazem tego jeszcze czynnego procesu patologicznego jest właśnie dodatni odczyn diazowy.

Widzimy wobec tego, że w zespole objawów klinicznych, występujących w następstwie zakażenia, może w rzadkich co prawda przypadkach brakować najważniejszego objawu, za który uważać należy podniesienie się ciepłoty. W takich więc razach dodatni odczyn diazowy pozwala stwierdzić istnienie stanu patologicznego, a wartość rozpoznawczą posiada wtedy nie tylko odczyn wybitny, ale również także odczyn słaby, jeżeli tylko na pewne daje się stwierdzić.

Dr. Władysław TOBICZYK. Lwów.

O odczynie dwuazowym Ehrlicha i sposobach wykonania tego odczynu.

Z oddziału zakaźnego Szpit. powszechnego we Lwowie.
Kierownik Prym. Dr. W. Arnold.

Dwie ważna pod względem klinicznym reakcje moczu stanowią niejako przeciwieństwo biegunowe. Pierwsza — to odczyn trawienny Arnolda, który występuje najsilniej w stanie zupełnego zdrowia, druga, to odczyn dwuazowy Ehrlicha, który dają produkty toksycznego rozpadu białka ustroju; pojawia on się w moczu zawsze w warunkach patologicznych, i to prawie wyłącznie w chorobach gorączkowych, jakkolwiek nie samo nasilenie gorączki wpływa na jego wystąpienie, gdyż znamy choroby gorączkowe nawet o wysokiem nasileniu gorączki, którym towarzyszy odczyn dwuazowy tak słaby, że wykryć go można tylko czułą modyfikacją odczynu Ehrlicha, opracowaną przez Arnolda, a znamy także takie, przy których się wogóle nie pojawia.

Istota tego odczynu, była przedmiotem wielu badań i rozpatrywań. Bądzyński, Dąbrowski, i Panek, badając frakcję kwasów proteinowych moczu, twierdzili, że kwas antoxyproteinowy daje typową reakcję dwuazową. Zdaniem Arnolda, reakcja z kwasem antoxyproteinowym nie jest jednak identyczną z reakcją moczu patologicznego, dającego prawdziwy odczyn dwuazowy. Weiss uważa urochromogen za podstawę tej reakcji. Według Szulza tyrozyna i histydyna ze związkami dwuazowemi tworzą czerwone barwiki, podobnie także Engeland uważa histydynę za przyczynę tego barwnego odczynu. Clemens podaje szereg ciał, które w odczynie tym mogłyby odgrywać rolę: fenol, kresole i oxykwasy, brenzkatechina i inne, dają barwne związki z solami dwuazowemi.

Ostatnio Hermanns stwierdza na podstawie dokładnych badań chemicznych, że istota reakcji dwuazowej polega na wiązaniu różnego rodzaju zwiazków fenolowych, powstających jako wyraz toksycznego rozpadu białka. Powstały barwik jest czuły na kwasy, znika po dodaniu kilku kropel kwasu solnego lub octowego.

Ehrlich wykonywał swą reakcję, używając, jak wiadomo, jako odczynników: 1) Kwasu sulfanilowego rozpuszczonego w stosunku 5 gr. w 50 ccm kwasu solnego i 1000 ccm wody przekroplonej, i 2) Azotynu sodowego w $^1/_2$% roztworze. Na 3 ccm roztworu kwasu sulfanilowego dodawał kroplę azotynu i równą ilość moczu; następnie alkalizował amoniakiem, podwarstwiając, przyczem w razie dodatniego odczynu powstawał na granicy warstwy amoniaku czerwony pierścień, lub, mieszając wszystkie składniki, przyczem roztwór i piana zabarwiały się czerwono. Friedenwald zastąpił kwas sulfanilowy paramidoacetofenonem; że reakcja z tym odczynnikiem jest wyrazistszą, stwierdzili Jez, Flammand, Bloch, Sievers, Ott, Giessler, Zunz, Weisz, Holmgren i inni.

Metody te przedstawiają jednak wiele niezgodności, a brak możności kontroli odczynnika ogranicza znacznie ich dokładność. Przywiązywanie wagi do zabarwienia piany, powoduje małą czu-

łość i niemożność ścisłego określania nasilenia barwy, a wykonywanie odczynu w probówce zmusza nas do przytkania jej palcem, co ze względu na higjenę nie jest wskazanem. Głównie jednak stosunek odczynników i metodyka, nie nadają się do określenia słabnięcia czy wzmagania się odczynu i uchwycenia słabszych jego stopni.

Niedogodności te usuwa modyfikacja tego odczynu, opracowana przez Prym. Dr. A r n o l d a i używana na tut. Oddziale zakaźnym już od dłuższego czasu, jednak dotąd nigdzie nieogłoszona.

Do wykonania tego odczynu potrzebne są dwa roztwory, z których za każdym razem świeży odczynnik się sporządza:

1. 1% roztwór paramidoacetofenonu, 1 gr. paramidoacetofenonu roztwarzamy w 100 ccm wody przekroplonej, dodając w celu rozpuszczenia odczynnika 50 kropel kwasu solnego stężonego, silnie wstrząsając, by przyśpieszyć roztworzenie się kryształów paramidoacetofenonu. Roztwór jest wodojasny, przechowywać go należy w miejscu zaciemnionem.

2. 1% roztwór azotynu sodowego.

Z tych dwu roztworów sporządzamy sobie odczynnik, wkraplając do kieliszka 6 kropli roztworu paramidoacetofenonu, i 3 krople roztworu azotynu sodowego. Reakcja diazowania paramidoacetofenonu przebiega według równania:

$$C_6H_4\left\langle\begin{matrix}NH_2\\ \\ CO\,.\,CH_3\end{matrix}\right. + NO\,.\,OH = C_6H_4\left\langle\begin{matrix}N = N\,.\,OH\\ \\ CO\,.\,CH_3\end{matrix}\right. + H_2O$$

Do diazowania 1 gr paramidoacetofenonu potrzeba 0.51 gr azotynu sodowego. Przy użyciu 1% roztworów należy użyć na 2 części paramidoacetofenonu 1 część roztworu azotynu sodowego.

Do kieliszka z odczynnikiem dodajemy 8 ccm wody przekroplonej, ilość ta wystarcza na 3 reakcje. Do każdej $^1/_3$ części tego roztworu, przeznaczonej do wykonania jednej reakcji, dodajemy następnie trochę amoniaku (1 ccm). Odczynnik zabarwia się wtedy na kolor blado-ametystowy. Wrazie wystąpienia zabarwienia żółtawego może być jeszcze użyty, wystąpienie jednak barwy wybitnie żółtej dowodzi znacznego zanieczyszczenia odczynnika. Następnie do tak przygotowanego reagensu dodajemy $1^1/_2$ do 2 razy tyle moczu, wlewając mocz szybko najlepiej z innego kieliszka, nie zaś wprost z flaszki.

Postępujemy tak z tej przyczyny: W każdym moczu patologicznym, obok ciała (względnie ciał) dającego właściwy odczyn koloru karminu litionowego, znajdują się jeszcze inne ciała, dające z odczynikiem barwne połączenia azowe brunatne lub żółte. Odczynnik jednak łączy się najchciwiej z ciałem, dającem reakcję patologiczną. Jeżeli więc odrazu dodamy tyle moczu, aby cała ilość odczynnika połączyła się z ciałem patologicznem, dającem właściwy odczyn dwuazowy, nie utworzą się już owe ciała, brunatno zabarwione, które mogłyby osłabić nasilenie reakcji. Natomiast, dodając mocz kroplami, zauważymy, że z powodu przewagi koloru brunatnego nasilenie reakcji wypada o wiele słabiej, chociażby dany mocz dawał odczyn diazowy w stopniu możliwie nasilniejszym.

Wynika z tego również, że powinniśmy unikać nadmiaru odczynnika i zachować jego stosunek do ciała, znajdującego sie w moczu patologicznym, tak, by cała ilość odczynnika dwuazowego została związaną przez ciało reagujące moczu patologicznego wykluczając w ten sposób powstanie związków barwnych nieswoistych pokrywających wyrazistość odczynu.

Wrazie wyniku dodatniego reakcji pojawia się zabarwienie purpurowo-czerwone, którego stopień nasilenia określić można liczbami: 1. stopień przy reakcji bardzo silnej, 2. przy wybitnej, 3. wyraźnej, 4. słabej, 5. przy śladzie odczynu, wreszcie 6. stopień przy odczynie ujemnym.

Różowawy koloryt dodatniego odczynu występuje szczególnie wyraźnie po znacznem rozcieńczeniu go wodą. Wystąpienie czerwonego odcienia pozwala w tym razie odróżnić nawet ślad odczynu, którego nie rozpoznalibyśmy innemi sposobami dotąd używanemi.

Chociaż na ogół w praktyce wystarcza w zupełności przepis podany wyżej, możnaby przecież w pewnych przypadkach wykonać ten odczyn inaczej, a mianowicie w 3 porcjach: tasama ilość odczynnika z równą ilością moczu, $1^1/_2$ ilością i 2-krotną ilością moczu. Wynik właściwy podaje nam w tym razie ta porcja, w której reakcja jest najsilniejsza i najwyrazistsza. Należałoby tak postąpić z moczami chorych, które powinny dać odczyn silnie dodatni, lecz wynik badania nie odpowiada oczekiwaniom naszym. Nieraz mogliśmy się przekonać, że mocze takie, które zrazu dawały odczyn słaby, po zmodyfikowaniu odczynu w sposób tu podany, dawały przecież reakcję o wiele silniejszą, a nawet w stopniu najsilniejszym. Zależy to właśnie od ustosunkowania sie odczynnika, do głównego ciała patologicznego, dającego odczyn dwuazowy i do ciał innych, dających odczyn nieswoisty. Naogół należy pamiętać, że w moczu zgęszczonym, więcej jest ciała oddziaływującego, więc użyć należy stosunkowo mniej moczu do reakcji, naodwrót w moczu rozcieńczonym mniej jest tego ciała, więcej więc moczu musimy użyć.

Porównawcze badania tych odczynów, a mianowicie: pierwotnego odczynu Ehrlicha, odczynu Friedenwalda-Ehrlicha i modyfikacji Arnolda, wykonane na bardzo obfitym materjale, okazały bezwzględną wyższość tej ostatniej modyfikacji, nie tylko z powodu uproszczenia samej reakcji, oraz większej jej czułości, ale także dlatego, że umożliwia ona dokładne, jak wspomniałem, ocenianie stopnia nasilenia barwy, co ułatwia znacznie rokowanie, zwłaszcza w przypadkach duru brzusznego. W ciągu lat kilku badano tą metodą, w laboratorjum Pawilonów zakaźnych i pracowni chemiczno-bakterjologicznej Szp. powsz. prof. Dr. Hołobuta kilka tysięcy moczów, z przypadków duru brzusznego, plamistego, powrotnego, durów rzekomych, odry, płonicy, gruźlicy, błonicy, zapalenia płuc i innych. Odczyn ten okazał się zawsze pewnym i praktycznym.

W durze brzusznym, odczyn dwuazowy stwierdza się prawie zawsze i to w stopniu wybitnym. Wyjątek rzadki stanowią chyba najlżejsze przypadki tej choroby, ale także tu spotyka się niemal zawsze słabszy stopień odczynu (4—5). Odczyn pojawia się zazwyczaj z początkiem drugiego tygodnia, okazuje największe nasilenie na szczycie choroby, a słabnie ku końcowi; w pierwszych dniach ozdrowienia dostrzega się nieraz jeszcze wyraźny ślad lub słabszy jego stopień. Odczyn powinien jednak po krótkim czasie ustąpić całkowicie, a trwanie jego każe zachować ostrożność co do rokowania, to znaczy, każe przypuszczać możliwość nawrotu.

Pozatem stwierdzić tu musimy, że odsetek dodatnich odczynów w lekkich przypadkach duru brzusznego, zbyt rażąco odbija od liczb, podanych przez G o l d s c h e i d e r a (15—20%); prawdopodobnie niemożność uchwycenia odczynów słabiej dodatnich, a również niemożność kontroli odczynnika, przy starej reakcji E h r l i c h a, spowodowały błędy statystyczne tegoż autora i jego zbyt niskie w porównaniu z innymi autorami odsetki procentowe dodatnich reakcyj.

I słusznie F e e r podnosi, że odczyn ten w djagnostyce duru brzusznego jest bezwzględnie niedoceniany; brak odczynu dwuazowego zezwala, zdaniem tego autora, na wykluczenie rozpoznania duru u dzieci z wielkiem prawdopodobieństwem. Nie zgadzają się z tem poglądy J ü r g e n s a i H i r s c h a, według których w lekkich przypadkach duru odczyn ten może wypaść ujemnie. Wyniki uzyskane na tutejszym Oddziale zakaźnym przy pomocy czułej modyfikacji A r n o l d a skłaniają nas raczej do potwierdzenia poglądu F e e r a.

W durach rzekomych odczyn ten wypada naogół podobnie, jak w durze brzusznym Eberthowskim. W durze plamistym odczyn występuje prawie równie stale, jak w durze brzusznym, występuje jednak wcześniej i słabnie kilka (2—3) dni przed opadnięciem gorączki. W durze powrotnym natomiast odczynu tego, według podań autorów nie spotyka się. Twierdzenie to jest słuszne, gdyż nie stwierdzamy w tej chorobie odczynu dwuazowego nawet w cięższych przypadkach, albo też występuje tylko ślad jego. Być może, że przyczyną tego jest względnie krótkie trwanie okresów gorączki w tym durze, gdyż także w durze brzusznym występuje ten odczyn dopiero w drugim tygodniu choroby.

W odrze stwierdza się ten odczyn w stopniu silnym, prawie zawsze na szczycie gorączki. W płonicy w cięższych przypadkach z dłużej trwającą gorączką dostrzec go można również niejednokrotnie, ale niestale i w stopniu zawsze słabszym. W influenzy odczyn jest zazwyczaj ujemny. W przebiegu błonicy występuje wyjątkowo odczyn dwuazowy, tylko w bardzo ciężkich przypadkach dodatni i potwierdza wówczas rokowanie niepomyślne. Przy włośnicy i dłużej trwającem włóknikowem zapaleniu płuc odczyn jest dodatni. W gruźlicy prosówkowej jest on zazwyczaj dość wybitnie dodatni. W gruźlicy płuc pojawienie się odczynu, choćby zrazu w stopniu słabym, jest jednak zawsze objawem niepomyślnym, gdyż świadczy o rozprzestrzenianiu się choroby, intoksykacji całego ustroju, z następowym patologicznym rozpadem białka ustroju. W razie wystąpienia odczynu dwuazowego w stopniu silnym, należy źle rokować.

Jak z powyższych uwag wynika, odczyn dwuazowy przedstawia wielką wartość zarówno ze względu na rozpoznanie, jak rokowanie. Prawda, że opierać się wyłącznie na nim niemożna, w związku jednak z innemi klinicznemi objawami, stanowi on cenny wskaźnik, dostępny każdemu lekarzowi praktykującemu, a dokładne

spostrzeganie odczynu w przebiegu choroby uchronić nas może od wielu niespodzianek, szczególnie w przypadkach duru brzusznego. Stąd też na wyrazistości i możności dokładnego stopniowania barwy tego odczynu tak bardzo nam zależy. Przytem nie wolno nam jednak zapomnieć, że niektóre leki, jak atophan, preparaty salicylowe, kreozotowe i garbnikowe, przechodząc do moczu, niszczą względnie osłabiają reakcję dwuazową, przeto po ich podaniu nie wolno wysnuwać wniosków dotyczących rokowania i rozpoznania z wyniku tego odczynu.

Odczyn Weissa z nadmanganianem potasowym, zbyt rozreklamowany w ostatnich latach, zdaniem mojem żadnej wogóle wartości klinicznej nie posiada, i nie może w żaden sposób zastąpić tak ważnej reakcji dwuazowej.

Streszczając się, należy stwierdzić, że modyfikacja odczynu omawianego, przez nas używana, przewyższa oryginalny odczyn Ehrlicha:

1) pod względem czułości, 2) łatwością wykonania, 3) możnością prostego i dokładnego określenia i stopniowania nasilenia barwy, 4) możnością kontroli odczynnika.

Jan ZAORSKI i Janina MISIEWICZÓWNA. Warszawa.

Stosunek pomiędzy ilością pepsyny a stopniem kwasoty treści żołądkowej oraz wpływ zabiegów chirurgicznych na czynność wydzielniczą żołądka.

Z II. Kliniki Chirurgicznej.
Dyrektor: Prof. Dr. Zygmunt Radliński
I z II *) Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz Rzętkowski. (†).

Pragnąc zdobyć własne doświadczenie w sprawie stosunku kwaśności do zawartości pepsyny w soku żołądkowym, jak również przekonać się o wpływie zabiegów chirurgicznych na czynność wydzielniczą żołądka, — zbadaliśmy szereg odnośnych przypadków.

Spostrzeżenia nasze dotyczyły 64 osób, w tem było: ludzi zdrowych przypadków — 10, przypadków opuszczenia żołądka — 6, zapalenia przewlekłego — pęcherzyka żółciowego — 5, wrzodu żołądka — 26, wrzodu dwunastnicy — 8, raka żołądka — 9.

Metodyka badań. W badaniach swych trzymaliśmy się metody Gluzińskiego. W każdym przypadku badaliśmy treść żołądkową, wydobytą: 1) naczczo, 2) po śniadaniu składającem się ze szklanki herbaty bez cukru i 1 białka gotowanego, drobno siekanego, a częściowo i 3) po obiedzie próbnym.

Badanie obejmowało: 1) określenie wydobytej treści, 2) określenie kwaśności — miareczkowaniem N. 10 rozczynem Na. O. H. przy użyciu, — jako wskaźnika rozczynu dwu-metyloamidoazobenzolu i fenolftaleiny; 3) określenie ilości pepsyny sposobem Grossa; i 4) wykrycie krwi przy pomocy próby piramidonowej.

W przypadkach, w których nie otrzymaliśmy treści, badaliśmy przynajmniej oddziaływanie końca zgłębnika żołądkowego na kongo i lakmus.

Metoda Grossa określenia pepsyny.

Caseini puriss. — 1,0 + Acid. hydrochlorici concent.(C. g. 1,124) 16,0 + Aq. destill. 1000,0 — rozpuścić nagrzewając w kąpieli wodnej. Tak przygotowany rozczyn kazeiny rozlewamy do probówek po 10 cm³; do każdej probówki dodajemy pewną ilość badanej treści, przesączonej przez watę. Więc n. p. do I. probówki — 1 cm³, do II. — 0,8 cm³ i t. d., aż do 0,001, — poczem zostawiamy probówki w kąpieli wodnej przy 38° C, przez 15 minut. Po upływie tego czasu do wszystkich probówek dolewamy po kilka kropel 20% rozczynu Natr. acetic. Rozczyn octanu sodu strąca kazeinę, — probówki więc, zawierające niestrawioną kazeinę, wykazują zmętnienie.

Jeżeli 1 cm³ treści strawił w tych warunkach 10 cm³ — 1‰ rozczynu kazeiny, to uważamy, że badany sok żołądkowy zawierał 1 „jednostkę“ pepsyny; jeśli tę samą ilość strawiło 0,2 soku — mówimy, że zawierał on 5 „jednostek“ i t. d.

Wyniki badań.

Wśród badanych ludzi zdrowych mieliśmy 4 mężczyzn i 6 kobiet w wieku od lat 24 do 41. Spotykaliśmy wśród nich przy badaniu soku żołądkowego naczczo kwaśność od śladu kwasoty do 15, zaś pepsyny od 1—33 jednostek Grossa (J. G.). Ścisłej równoległości pomiędzy stopniem kwaśności, a zawartością pepsyny nie stwierdziliśmy, bo naprzykład, 20 J. G. znaleźliśmy przy kwaśności 15 w jednym przypadku i przy kwaśności 4 i 5 w dwóch innych spostrzeżeniach, zaś najwyższa liczba pepsyny — 33 J. G. odpowiadała kwaśności 8.

*) Od dnia 1. stycznia 1925 r. Klinika nosi miano „Pierwszej“. Praca nasza wykonaną została w latach 1923—1924 r. kiedy kierownikiem był Ś. P. prof. Rzętkowski. — Wyniki tej pracy przedstawione były na Zjeździe Chirurgów we Lwowie — w lipcu 1924 r.

W próbach treści żołądkowej po śniadaniu próbnem w tychże przypadkach (u zdrowych) otrzymywaliśmy liczby bardziej jednobrzmiące, mianowicie: kwaśność od 13—50, najczęściej około 30—40, zaś pepsyny od 20—50 J. G., w tem najczęściej 30—40 J. G., lecz i ten stopień kwaśności i zawartości pepsyny nie zawsze wykazywały rownoległość.

W następnej grupie mieliśmy 6 przypadków (4 kobiety i 2 mężczyzn) opuszczenia żołądka, przebiegających z różnorodnemi, często nietypowemi dolegliwościami, dyspeptycznemi. Tu naogół mieliśmy naczczo niedokwaśność, a nawet (w 4 przypadkach) tylko ślad kwaśności, zaś liczby pepsyny, wahały się od 0—8, były więc niskie. Po śniadaniu próbnem otrzymywaliśmy liczby, podobne do normy; lecz i tu mieliśmy często pewną rozbieżność pomiędzy wysokiemi liczbami pepsyny i małą względnie kwaśnością, lub odwrotnie.

Do grupy trzeciej odnosimy 5 przypadków (4 kobiety i 1 mężczyzna) przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego z nieokreślonemi dolegliwościami żołądkowemi. Wszyscy ci chorzy wykazywali naczczo i po śniadaniu próbnem wyraźną niedokwaśność, lub, (w 3-ech przypadkach), nawet oddziaływanie obojętne (naczczo). W tych ostatnich 3 przypadkach pepsyny naczczo nie wykryliśmy wcale. Po śniadaniu pepsyny znajdowaliśmy znacznie mniej, niż u ludzi zdrowych, mianowicie 1—5 J. G.

Przechodzimy teraz do omówienia przypadków owrzodzeń żołądka. Rozporządzamy tu 26 spostrzeżeniami. Rozpoznanie opierało się na wywiadzie: (bole, zależne od spożywania pokarmów), spostrzeżeń co do przebiegu (wymioty, ew. krwawe), obecności krwi w żołądku czczym, obrazie roentgenologicznym, wreszcie w 11 przypadkach na stwierdzeniu operacyjnem.

Zestawiając otrzymane liczby kwaśności naczczo otrzymaliśmy: nadkwaśność (21—100) w 12 przypadkach, czyli w 47%, niedokwaśność (0—5) w 3 przypadkach, czyli w 12%, normalna kwaśność (5—20) w 11 przypadkach, czyli w 41%.

Najwyższą kwaśność (naczczo i po śniadaniu) otrzymaliśmy przy wrzodach odźwiernika, lub części przyodźwiernikowej żołądka, jednak tylko w tych przypadkach, gdzie opróżnianie się żołądka nie było jednocześnie upośledzone. Pepsyny znajdowaliśmy naogół więcej, niż w przypadkach poprzednich grup, i często nawet niezależnie od dość umiarkowanego, lub nawet nizkiego stopnia kwaśności soku. Więc mieliśmy tu 20—100 J. G. w soku czczym i 30—600(!) J. G. po śniadaniu próbnem. Zwracają tu na siebie uwagę szczególniej wysokie liczby pepsyny w soku czczym, nie spotykane w żadnej innej grupie przypadków.

Nadkwaśność wysoką spotykaliśmy prawie zawsze w przypadkach umiejscowienia owrzodzenia w odźwierniku, lub części przyodźwiernikowej, czasem jednak znaczną nadkwaśność znajdowaliśmy w razie owrzodzenia krzywizny małej ze zdrowym, — o ile można było sądzić, odźwiernikiem.

Następna grupa obejmowała 8 przypadków owrzodzenia dwunastnicy.

W przypadkach tych znajdowaliśmy: nadkwaśność — 4 razy, niedokwaśność — 1 raz, normalną kwasotę — 3 razy.

Badanie pepsyny wykazywało liczby różne, żadnej zależności od objawów stopnia kwaśności czy ciężkości przypadku nie stwierdziliśmy.

Co się tyczy chorych na raka żołądka to w 8 przypadkach stwierdziliśmy znaczne zmniejszenie lub brak kwaśności; również i zawartość pepsyny była znikoma, lub nie mogliśmy jej wykryć wcale. W jednym przypadku znaleźliśmy wyraźną nadkwaśność. W przypadku tym dopiero badanie histologiczne wycinka wykazało bujanie nowotworowe rozpoczynające się na brzegu starego wrzodu.

Chorzy nasi częściowo nie byli operowani, część z nich jednak poddała się temu, lub innemu zabiegowi chirurgicznemu.

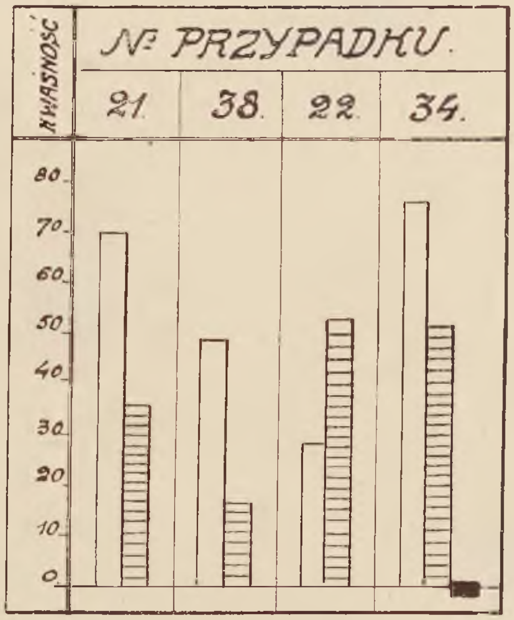
W 6 przypadkach wykonane było zespolenie żołądkowo-jelitowe. Wyniki operacji tak pod względem następowego samopoczucia chorego, jak i zmian w czynności wydzielniczej żołądka były niejednostajne, przeważnie niedostateczne, lub nawet ujemne. Wpływ zespolenia na kwaśność soku żołądkowego (badanego naczczo) ilustruje nam ryc. I.

W celu zmniejszenia nadkwaśności proponują niektórzy autorzy wycięcie połowy, lub nawet większej części żołądka, uważając iż usunięcie pracującej wydzielniczo ściany żołądka, zmniejszy ogólną ilość wydzielanego kwasu (Finsterer). Ponieważ jednak, jak to już jeden z nas podnosił poprzednio *), — ośrodki wydzielnicze i ruchowe żołądka mieszczą się w odźwierniku i części przyodźwiernikowej, — ten sam wynik może dać usunięcie tej tylko części narządu.

To też w 8 przypadkach owrzodzenia, przebiegającego z nadkwaśnością i wzmożoną zawartością pepsyny, wykonano resectio

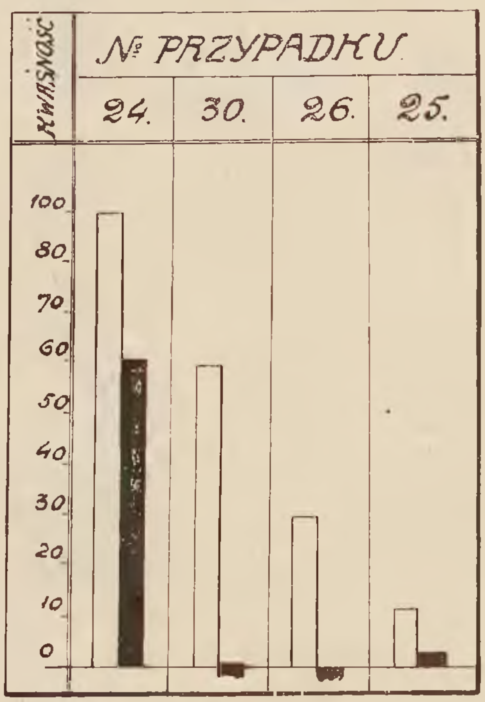
*) J. Zaorski. Polska Gaz. Lek. 1924 r. Nr. 27.

ventriculi modo Rydygier lub Reichel-Polya. Wszystkie te przypadki wykazały po zabiegu bardzo znaczny spadek kwaśności soku żołądkowego, — często do śladu kwaśnego oddziaływania, — jak to wykazuje ryc. II.



Ryc. I.

Objaśnienie: Pierwszy słupek oznacza kwaśność (naczczo) przed operacją. Drugi słupek — kwaśność po wykonaniu zespolenia. W przypadku 34 czarny słupek (trzeci) oznacza kwaśność po wycięciu części odźwiernikowej żołądka.



Ryc. II.

Objaśnienie: Pierwszy słupek oznacza kwaśność przed zabiegiem. Drugi — po operacji radykalnej.

W dwóch przypadkach otrzymaliśmy napozór niedostateczne obniżenie kwaśności, — przypisać to możemy tej okoliczności, że badanie pooperacyjne wykonane było zbyt prędko po zabiegu. Ponieważ zaś, — jak to podnosi Popielski — po każdem zranieniu błony śluzowej żołądka kwaśność soku wzmaga się, i trwa to aż do zupełnego zagojenia się rany, — możliwe jest, że otrzymane liczby dowodzą tylko przedwczesności badania, co być może potwierdza takżei obecność krwi w pobranej próbie. Po okresie początkowego wzmożenia następuje później pożądane obniżenie kwaśności.

Wpływ zespolenia i wycięcia porównać możemy szczególniej wyraźnie w przypadku Nr. 34, w którym wykonano najpierw zespolenie żołądkowo-jelitowe, później wycięcie odźwiernika (ryc. I.).

Streszczając swe spostrzeżenia, sądzimy, że:

1) Zawartość pepsyny wzrasta często wraz ze wzmożeniem się kwaśności w soku, nierzadko jednak stwierdzamy brak tej równoległości.

2) W przypadkach wrzodu żołądka spotykaliśmy zwykle zwiększoną ilość pepsyny w żołądku czczym, oraz w treści żołądkowej, po śniadaniu próbnem. Ilość ta często była bardzo znaczna, a zawsze większa, niż we wszystkich innych spostrzeganych przypadkach. Fakt ten zdaje się przemawiać za współudziałem pepsyny w powstawaniu, względnie istnieniu owrzodzeń.

3) Wzmożenie kwaśności niezawsze świadczy o owrzodzeniu, zmniejszona kwaśność w przebiegu wrzodu może świadczyć czasem o zwyrodnieniu rakowem.

4) Wycięcie odźwiernika, wraz z częścią przyodźwiernikową najwybitniej wpływa na obniżenie się czynności wydzielniczej żołądka (w znaczeniu spadku kwaśności i zawartości pepsyny, aż do zera).

5) Inne zabiegi, a przedewszystkiem zespolenie żołądkowo-jelitowe w tych razach często zawodzą.

Z PRAKTYKI.

Dr. med. S. BAGIŃSKI. Wilno.

W sprawie leczenia gruźlicy Elbonem „Ciba".

Z chwilą podania pierwszej notatki o Elbonie (Polska Gazeta lekarska 1925. Nr. 45.) liczba obserwacyj wzrosła do 14. Jednocześnie spostrzegłem pewien szczegół działania, który przedtem uważałem za przypadkowy. Mianowicie: u jednego z owych 14 chorych proces ogólny był daleko posunięty. W płucach obszerne jamy wrzodziejące, temperatura z małemi remisjami z rana przekraczała 39,2°, plwociny wydzielał przeszło 200 ccm., prątków bardzo dużo. O wyleczeniu nie było mowy, lecz znając nieszkodliwość Elbonu ut aliquid fiat zastosowałem 3 tabletki dziennie. Po trzech tygodniach temperatura wahała się pomiędzy 37,8 a 38,4°, lecz najbardziej rzucało się w oczy znaczne ograniczenie ilości plwociny. Chory mógł zaledwie 25—30 ccm., zebrać na dobę, w dalszym ciągu leczenia ograniczenie owo postępowało dalej i w końcu chory przyszedł ze skargami na suchy kaszel. Zmuszony byłem przerwać leczenie.

Już i przedtem zauważyłem, że pod wpływem Elbonu na początku następowało jakby zwiększenie i rozrzedzenie plwociny, wskutek tego ułatwione wykrztuszanie, a w ciągu dalszego leczenia zwykle występowało ograniczenie ilości plwociny, lecz nigdy sprawa nie dochodziła do uporczywego suchego kaszlu, dla tych, prawdopodobnie, przyczyn, że stosowałem Elbon w przypadkach średniej ciężkości, bez znacznych zmian rozpadowych.

Ograniczenie ilości plwociny należy uważać za zmniejszenie stanu zapalnego, na co już zwracali uwagę Johannessohn i Minich, przyczem pierwszy z nich twierdzi, że pod wpływem Elbonu początkowo powstaje reakcja zapalna dookoła ogniska gruźliczego, co by się zgadzało z naszemi obserwacjami — ułatwione wykrztuszanie na początku leczenia i ograniczone wydzieliny w dalszym okresie.

Poza tem wyniki całkowicie zgadzały się z podanemi w poprzedniej notatce: Temperatura stale opadała, ilość prątków zmniejszała się wydatnie, pacjentom powracał humor, apetyt, przybywali na wadze, zwłaszcza przy jednoczesnem stosowaniu tranu i wkrótce powracali do swych zajęć.

Z wyników dotąd osiągniętych wnioskuję, że Elbon stosowałem w przypadkach najniewdzięczniejszych, a pomimo to zauważyłem niejednokrotnie wpływ znakomity już w początku leczenia na poprawę samopoczucia i psychikę chorych, którym powracała wiara w swe siły dla przezwyciężenia choroby, pomijając już poprawę objektywną w ognisku choroby.

O wiele wdzięczniejszem wydaje mi się stosowanie Elbonu w przypadkach mniej ciężkich, nie beznadziejnych, a zwłaszcza przy zakaźnych stanach kataralnych dróg oddechowych, zapaleniu oskrzeli i t. d. jako środek wybitnie wykrztuśny.

Uwzględniając też nieszkodliwe, a jednak czynne w wysokim stopniu własności przeciwgnilne składnika Elbonu, kwasu cynamonowego, wskazania rozprzestrzenione być mogą prawdopodobnie też i na leczenie gorączki siennej, przewlekłego zapalenia wsierdzia i t. p.

Celem niniejszej uzupełniającej notatki jest, skłonić kolegów do zwrócenia baczniejszej uwagi na ten lek, aby drogą dalszych doświadczeń nad Elbonem zasilić wiadomości praktyczne

o naszym skarbcu leków przy tak ciężkich cierpieniach ludzkości. Należy pragnąć, ażeby spostrzeżenia nad Elbonem były bardziej liczne i szczegółowe, gdyż pozwolą one na prowadzenie ambulatoryjnego, taniego leczenia, co w dzisiejszych czasach ogólnej pauperyzacji jest nie bez znaczenia.

M. ANDRUSZEWSKI. Lwów.

Do artykułu Dra Zdzisława Maurera st. sekundarjusza szpitala w Rzeszowie, p. t. „Śmierć w pięć godzin po wstrzyknięciu neo-Salvarsanu“ ogłoszonego w Nr. 8. Pol. Gaz. Lek. z r. 1926.

W artykule powyższym skierowuje Dr. Zdzisław Maurer różne zarzuty pod adresem kliniki chorób wenerycznych we Lwowie. Jako były kierownik kliniki w czasie, do którego pewna część zarzutów się odnosi, a mianowicie w czasie przeszło półtorarocznym od chwili śmierci mego Nieodżałowanego Mistrza ś. p. prof. Łukasiewicza do września 1925, chcę odpowiedzieć na te zarzuty sine ira et studio.

Przechodząc je kolejno i pozostawiając ocenę ich słuszności czytelnikowi stwierdzam co następuje:

Chory, o którym mowa, leczył się w klinice nie jak podaje autor artykułu „na dwa zawody, pierwszy raz w czasie miedzy 18. X. a 30. I. 1925, a drugi raz od 17. II. 1925 do 16. V. 1925“, ale leczył się raz jeden tylko i to przeciw świeżej infekcji kiłowej od 18. X. do 6. XII. 1924, w którym to czasie otrzymał 8 injekcji calomelu à 0.05 i 8 inj. NAB. w sumie 3.30. 16-o grudnia 1924 został przyjęty do kliniki stałej wskutek objawów ciężkiego zapalenia skóry (dermatitis toxica) i pobyt jego w klinice i leczenie do 4. lutego 1925 odnosiły się wyłącznie do tego stanu zapalnego skóry.

Zatem pierwsze i wogóle jedyne kliniczne leczenie przeciwkiłowe trwało od 18. X. do 6. XII. 1924. Za to leczenie, mimo, iż prowadzone było nie osobiście przezemnie, ale przez kierującego wówczas ambulatorjum mezkiem i oddziałem kiłowym kol. Dr. Mierzeckiego, jako ówczesny kierownik kliniki pełną przyjmuję odpowiedzialność, tak samo, jak i za leczenie zapalenia skóry chorego w czasie jego pobytu na klinice stałej od 16. grudnia 1924 do 4. lutego 1925.

Natomiast wszelka krytyka — nawet o ileby była słuszną drugiego rzekomego klinicznego leczenia, a priori nie obowiązuje mnie do jego obrony, gdyż chory po opuszczeniu kliniki 4. lutego 1925 więcej do niej się nie zgłosił i o dalszym jego losie dowiedziałem się dopiero z informacji kol. przybyłego z Rzeszowa.

Rozpatrując przytoczone przez autora zapiski chorego, (które mogły posłużyć autorowi do oceny przypadku) z jego pierwszego i jak już zaznaczyłem jedynego klinicznego leczenia przeciwkiłowego stwierdzam:

Chory zauważył wrzód 17. X., który odnosi do infekcji około połowy września; po stwierdzeniu klinicznem specyficzności wrzodu (spir. pall. +), przy ujemnym O. W. dostaje w 3 dni po z a u w a ż e n i u wrzodu pierwszą injekcję NAB 0'30, bez żadnych objawów ubocznych i bez potrzeby stosowania środków zapobiegawczych, jakkolwiek dawka stale wynosiła nie 0'15, lecz 0'45. Po tym zastrzyku występuje przemijająca żółtaczka (Herxheimer ?). Powtórna injekcja NAB w tej samej ilości 27. X. jest już równoczesną z ustąpieniem żółtaczki i z zagojeniem wrzodu. Jednorazowe słabe wychylenie odczynu Sachs Georgiego przy stale ujemnym O. Wassermanna. 28. X. następnie do 6. grudnia a więc w 47 dniach otrzymuje chory w sumie 0'40 calomelu i 3'30 NAB.

Przez cały ten czas nie wystąpiły żadne ogólne objawy kiły, a więc nietylko nie było osutki krostkowej, któraby mogła spowodować blizny, ale w ogóle nie było nawet różyczki. Więc lues primaria seronegativa.

Jak zapiski powysze wskazują występuje pod koniec leczenia (24. XI.) podrażnienie skóry. Nieznaczny stopień stanu zapalnego skóry upoważniał do kontynuowania leczenia specyficznego, toteż chory dostaje jeszcze 2 injekcje calomelu i 2 injekcje NAB po 0'45. Wystąpienie po ostatniej injekcji objawów dermatitis gravis z m u s z a d o b e z w z g l ę d n e g o zaprzestania dalszych injekcji tak Hg jak NAB i do przyjęcia chorego w d. 16. XII. w stan chorych stałych.

Dalsze leczenie injekcjami dextrozy odnosiło się, jak już wspomniałem, nie do kiły, której pierwsze leczenie uważano za ukończone (w trudnych indywidualnych warunkach), a jedynie do zapalenia skóry, które po 8-o tygodniowem trwaniu zakończyło się zupełnym powrotem do zdrowia.

Nie widzieliśmy przez cały czas pobytu chorego w klinice objawów „złośliwej kiły niszczącej organizm obciążony dziedziczną gruźlicą“ o której wspomina autor, bo nie widzieliśmy innych objawów kiły, jak tylko zmianę pierwotną na członku, swoiste zmiany gruczołów chłonnych i raz przemijająco słabo dodatni odczyn Sachs Georgiego przy stale ujemnym odczynie Wassermanna.

Natomiast obserwowaliśmy u chorego wielką wrażliwość skóry ujawnioną pod koniec leczenia, jako wyraz względnej nietolerancji na podawane leki. Wynikiem jej był ciężki stan zapalny skóry uniemożliwiający wprost dalsze stosowanie leczenia swoistego.

I tylko ten stan zapalny skóry „przedłużył leczenie“. I tylko dla tego stanu zapalnego skóry stosowaliśmy w jego pierwszym okresie dextrozę śródżylnie, a potem po poprawie stanu ogólnego środki zewnętrzne w miarę wskazań, jak okłady, maści i pasty.

Nie „szukano“ zatem „rozpaczliwie a po omacku dróg leczenia i nie „cofano się z raz obranej drogi etc.“ ale przeciwnie stosowano środki z całą świadomością i ostrożnością, a mimo to wystąpiło wskutek indywidualnie niezwykłej nadwrażliwości chorego ciężkie powikłanie, w którego przebiegu stosowano potem znowu świadomie owe środki „nie mające żadnego wpływu na kiłę“ od których autor „nie spodziewa się niczego“. I my nie spodziewaliśmy się od nich wpływu na kiłę i nie przeciw kile je stosowaliśmy.

Na końcu artykułu wyraża autor życzenie, by lekarz, lub zakład wypuszczając chorych z opieki, „opatrywał ich świadectwem dokładnem, a sumiennem co do ich nadwrażliwości i stanu kiły“. W odniesieniu do tego przypadku uważam to za zbyteczne. Wszak miał w rękach notatki chorego które jak sam podaje uważał za odpis historji choroby. Notatki te uzupełniały wywiady.

Wyjaśnienia rzeczowe ze strony kliniki mógłbym na tem zakończyć, gdyby nie niektóre wywody teoretyczne artykułu, które wymagają sprostowania.

Autor w omawianiu domniemanej przyczyny śmierci chorego kładzie główny nacisk na „niedostateczne niezupełne poprzednie leczenie“.

Sprawa leczenia kiły bynajmniej nie jest tak ostatecznie przez innych bardzo poważnych autorów rozstrzygniętą i ustaloną, jak to podaje autor i niezupełnie w tym kierunku, bo np. wielu jest bardzo poważnych zwolenników leczenia kiły samym salwarsanem, wielu — może nawet większość — salwarsanem i bizmutem, wielu leczenia rtęcią i jodem i to przez podawanie na wewnątrz. Przedewszystkiem jednak w każdym przypadku obowiązuje powszechnie już prawie przyjęta zasada leczenia nie choroby, lecz chorego, a więc zasada jak najdalej idącego indywidualizowania w stosowaniu leków, indywidualizowania tak w dawkowaniu, jak w doborze; a dalej zasada leczenia nie tylko specyfikami ale i innymi środkami „aktywującemi protoplazmę“ i wzmagającemi siły obronne organizmu.

Orzeczenie zatem, że leczenie jakieś jest niedostateczne powinno być bardzo ostrożne i stosować się może tylko do ilościowo lub jakościowo niewątpliwych zaniedbań w stosowaniu obecnie używanych środków, a uwzględniać winno koniecznie warunki indywidualne.

Nie waham się twierdzić, że w danym przypadku pierwsze (kliniczne) leczenie było w danych warunkach możliwie energiczne i dostateczne, toteż stale ujemny wynik O. W. po leczeniu tem nie wydaje mi się wcale dziwnym.

Autor pisze: „Naogół chorzy znoszą dobrze salwarsan, mniej rtęć, najmniej bizmut. Przy rtęci występują częściej, a jeszcze częściej przy bizmucie objawy zatrucia lub nietolerancji, które zmuszają lekarza częściej do chwilowej przerwy w ich stosowaniu lub zmiany leku, aniżeli przy salwarsanie“.

W rzeczywistości jest bezmała odwrotnie: Chorzy znoszą najlepiej bizmut, mniej rtęć i salwarsan. Przy rtęci występują — zwłaszcza o ile jest nieumiejętnie stosowaną, objawy zatrucia, lub nietolerancji, rzadziej przy bismucie. Salwarsan trudno porównywać z tamtymi środkami, bo niewątpliwie trzeba z nim być najostrożniejszym, choćby dlatego, że stosuje się go dożylnie.

Nawiasowo wspomnę, że od początku ery salwarsanowej stosowano go w klinice, że mieliśmy różne objawy wikłające bez wypadku śmierci i że wykonano ogółem przeszło 20 tysięcy injekcji.

Ilość leczeń, którą autor oznacza na „pięć lub sześć pełnych w odstępach trzechmiesięcznych“ jest tak zależną od wielu różnych warunków, że przekraczałoby ramy niniejszego sprostowania, gdybym miał wchodzić w szczegóły.

Za objawy reakcji Herxheimera uważamy w klinice lwowskiej takie objawy, jak np.: n a s k ó r z e: żywsze, lub rozleglejsze wystąpienie osutki, czyto świeżej, czy późniejszej; w n a r z ą d a c h w e w n ę t r z n y c h uważaćbyśmy mogli żółtaczkę, pojawienie się białka w moczu, zaburzenie słuchowe (neurorecydywy), objawy które nie występują przed upływem kilku godzin. Objawy jednak zapalne na skórze, lub zmiany keratotyczne, objawy doraźne, występujące wśród, lub zaraz po injekcji, jak wymioty lub zespół crise nitroide uważamy za objawy nietolerancji lub intoksykacji ustroju, a nieznaną nam jest taka odmiana piorunująca tej reakcji, poczynająca się już p o d c z a s injekcji, któraby powodowała śmierć. Przypadek opisany uważać musiałbym za pierwszy jej przykład w literaturze.

Zgadzam się z autorem, iż przyczyny śmierci w danym przypadku istotnie trudno jest dojść drogą jakiejkolwiek hypotezy. Nie-

mniej jednak uderza mnie opis objawów klinicznych intoksykacji arszenikowej w podręczniku Edwarda Hofmanna (wyd. 7-me Urban u. Schwarzenberg Wien 1895) na str. 671 w wielu szczegółach podobny do opisanych przez autora.

Powyższe uwagi nie wyczerpują szeregu zapatrywań przez autora wyrażonych, które wymagałyby sprostowania. Daleki jednak jestem od chęci polemizowania, i sądzę, że już to, co wypowiedziałem uchroni mniej krytycznego czytelnika artykułu Dra Z. Maurera od myślowych rozterek.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. J. MORAWSKI. Kobierzyn.

Uleczalność chorób psychicznych.

Wykład w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem 4. listopada 1925.

Stopień uleczalności chorób psychicznych wzrósł znacznie w przeciągu ostatnich paru dziesiątków lat, o czem świadczy przegląd ważniejszych praktycznie psychoz.

1. Porażenie postępujące. Uważane dawniej za nieuleczalną bezwarunkowo śmiertelną chorobę fizyczną i psychiczną, obecnie traci na swej grozie. Zmienia się stopniowo postać tej choroby: częściej występuje porażenie postępujące o spokojnie rozwijającem się otępieniu psychicznem, o wolniej rozwijającej się dezorganizacji w harmonijnej działalności organów zdrowia fizycznego. Rzadziej spotykamy formy porażenia postępującego z długotrwałem silnem podnieceniem, jeszcze rzadziej formy galopujące. Częściej również występują znaczne nieraz remisje lub zwolnienia w przebiegu porażenia postępującego, które obecnie w wielu wypadkach ciągnie się ponad 3 lata. Leczenie porażenia postępującego dawniej beznadziejne, obecnie stoi na tym stopniu rozwoju, że, zastosowane we wczesnych okresach choroby, daje prawie zawsze powrót do zdrowia psychicznego i zdolności do pracy zawodowej, w późniejszych zaś okresach sprowadza zwolnienie w przebiegu porażenia postępującego lub zatrzymanie na pewnym stopniu rozwoju tej choroby. Zaznaczyć należy, że wyniki leczenia zależą tu mniej od środka, jakiego używamy (malarja, dur powrotny, tuberkulina, *natrium nucleinicum* i t. d.), niż od głównego empirycznie wyprowadzonego celu używania tych środków, to jest wywołania znacznego wstrząsu w całem gospodarstwie wewnętrznem chorego organizmu. Ten sposób leczenia, dotąd niewyjaśniony w swej istocie, wymaga teoretycznego opracowania, które może znacznie przyczynić się do wytknięcia nowych dróg w lecznictwie.

Słusznie twierdzi Bumke, że w bliskiej przyszłości porażenie postępujące należeć będzie do historji, dzięki postępom w leczeniu kiły i wtórnych schorzeń układu nerwowego. Zaznaczyć wreszcie wypada, że obecnie spotykamy porażenie postępujące u kobiet znacznie częściej niż dawniej (podług statystyk niemieckich 1 kobieta na 2 mężczyzn, gdy dawniej notowano 1 kobietę na 8 mężczyzn między chorymi na porażenie postępujące w zakładach psychiatrycznych).

2. Schizophrenja. Choroba ta, obejmująca dawniej pod nazwą *dementia praecox* trzy postacie (*hebephrenia, catatonia, dementia paranoides*) obecnie rozszerzyła swe ramki i obejmuje najróżnorodniejsze formy zaburzeń psychicznych, u podstawy których leży rozszczepienie umysłowe i zaburzenia w sferze uczuć, wkracza nawet w to, co zdrowiem psychicznem nazywaliśmy dotąd.

Lat temu 20 *dementia praecox* w zakładach psychiatrycznych dawała 8—10% wyleczeń lub znacznych polepszeń. Obecnie notujemy do 16% wyleczeń; przez szeregi lat nawet nie spotykamy po wyleczeniu ani ubytków inteligencji ani otępienia uczuciowego lub wreszcie rozszczepienia umysłowego. Najlepsze rokowania dają formy katatoniczne: po szeregu nieraz lat trwania stuporu, negatywizmu, zanieczyszczania się i nawet smarowania kałem może nastąpić wyleczenie lub znaczna poprawa. Prócz wyleczeń spotykamy w 25% wypadków schizofrenji znaczne nieraz remisje, trwające od 1 roku do 29 lat, najczęściej tam, gdzie choroba zaczęła się od stanu ciężkiego podniecenia psychoruchowego. Pewne formy jednak schizofrenji polepszeń nie dają, w innych wreszcie z nieznanych nam dotąd przyczyn w szybkiem tempie rozwija się otępienie psychiczne.

Zaliczane do grupy schizofrenijnej psychozy popołogowe rzadsze obecnie, dzięki postępom w położnictwie (2% kobiet chorych w zakładach, gdy dawniej schorzenie to stanowiło do 14% wszystkich chorych kobiet) dają ponad 50% wyleczeń. Psychozy laktacyjne (1'5% leczonych w zakładach kobiet) dają około 65% wyleczeń lub znacznej poprawy. Zaburzenia psychiczne, występujące w związku z chorobami zakaźnemi lub zaburzeniami działalności gruczołów wewnętrznych dają do 90% wyleczenia po ustąpieniu wywołującego je schorzenia.

3. Psychoza maniakalno depresyjna przy odpowiedniem traktowaniu w zakładach przebiega znacznie łagodniej: okresy jej trwają krócej. W 40% wypadków okres podniecenia czy pognębienia występuje raz jeden tylko w życiu osobnika. Powtórne ataki w manji trwają znacznie krócej niż w melancholji lub w formach mieszanych. Najgorsze rokowanie dają te przypadki, gdzie mamy do czynienia z krótkiemi bardzo przerwami między okresem podniecenia i przygnębienia.

4. Psychozy padaczkowe przy odpowiednich warunkach leczenia przebiegają znacznie łagodniej i chorzy tego rodzaju dają się przeważnie utrzymać w zakładach przez dłuższy okres czasu jako bardzo pożyteczni pracownicy. W pewnych formach padaczki otępienie psychiczne występuje bardzo prędko.

5. Psychozy wieku starczego i przedstarczego, w odpowiednich warunkach leczone, mają przebieg znacznie łagodniejszy, częściej dają znaczne nieraz polepszenie.

Naogół powiedzieć można, że wszystkie zaburzenia psychiczne przy wczesnem umieszczeniu w zakładach odpowiednio urządzonych przebiegają znacznie łagodniej niż dawniej. Tak zwanych „furjatów" spotykamy obecnie coraz mniej i osoby, zwiedzające nasze zakłady psychjatryczne, podejrzewają nas nieraz, że najgorszych „prawdziwych warjatów" chowamy gdzieś po kątach w celach autoreklamy. Praktyka ostatnich 20—30 lat dowiodła, że odpowiednio urządzone i we właściwym kierunku przez ordynujących lekarzy prowadzone zakłady psychjatryczne sowicie opłacają się społeczeństwu. Chorzy oddaleni od warunków, wśród których na zdrowiu zapadli, traktowani życzliwie w zakładzie jako chorzy, a nie jako przestępcy lub wyrzutki społeczeństwa, nawet przy używaniu w rzadkich tylko wypadkach środków przymusowych (fizycznych i chemicznych), przy zastosowaniu jednak w jak najszerszych rozmiarach pracy, jako środka reedukacyjnego, obecnie częściej i prędzej wracają do zdrowia zupełnego. Albo też chorzy ci opuszczają zakład (nieraz na dłuższy okres swego życia) w stanie znacznego polepszenia, praktycznie równającego się zdrowiu i odzyskanej przystosowalności do życia w społeczeństwie i zdolności do pracy. W wielu wypadkach chorób psychicznych znaczną pomoc okazują empirycznie wprowadzane sposoby leczenia (porażenie postępujące, niektóre formy schizofrenji).

Uleczalność chorób psychicznych wzrastać będzie równolegle z właściwym rozwojem wszystkich ważniejszych kierunków w psychjatrji. Ważniejsze z tych kierunków są:

1. Kierunek kliniczny. Tu podkreślić należy wyodrębnienie psychoz symptomatycznych, występujących w związku z chorobami infekcyjnemi i zaburzeniami czynności gruczołów dokrewnych, których dokładne badanie może nam pomóc w wyjaśnieniu istoty chorób psychicznych. Mając np. przed oczyma z jednej strony psychozę typu schizofrenijnego, z drugiej nieodróżniającą się od niej prawie w swych objawach psychozę symptomatyczną, możemy przypuszczać że obydwie wywołane zostały przez przyczyny jednego rodzaju. W pierwszym przypadku działanie tej przyczyny wywołane zostało przez stałe działanie odziedziczonych lub wyrobionych w czasie osobniczego rozwoju chorego składników jego psychicznego i fizycznego życia, w drugim działanie tej samej przyczyny występuje w związku z chorobami zakaźnemi lub zaburzeniami gruczołów dokrewnych, czy też układu nerwowego sympatycznego i wegetawnego i mija wraz z ustąpieniem tych schorzeń. Również w kierunku wyjaśnienia istoty choroby psychicznej pomogą nam wyniki badań nad stanem psychicznym chorych po *encephalitis epidemica* (ciekawe są naprzykład mało zbadane dotychczas wypadki zwyrodnienia etycznego, występującego po tej chorobie). Co do psychoz schizophrenijnych przypuszczać można, że u ich podstawy leży pewna nieznana nam bliżej skomplikowana niewystarczalność gruczołów dokrewnych (których? w jakim stopniu?). Obecnie, nie znając bliżej charakteru tej niewystarczalności, nie zawsze możemy liczyć na dodatnie wyniki empirycznie wprowadzonych środków leczenia schizophrenji (organoterapja, proteinoterapja i t. d.).

2. Kierunek konstytucjonalny i genealogiczny. Fakty występowania pewnych zaburzeń psychicznych pod wpływem jednej i tej samej przyczyny wywołującej tylko u pewnych osobników z licznej nieraz grupy ludzi, w jednakowych znajdujących się warunkach, zmuszają nas do ściślejszego badania konstytucji osobnika, a w związku z tem do wyszukiwania łączności między pewnemi typami fizycznemi i psychiką zdrową i chorą. Istnieje już wiele klasyfikacyj typów psychofizycznych; najnowszą w tym kierunku jest próba Kretschmera. Przy badaniu konstytucji psychicznej osobniczej pamiętać musimy, że w przejawiającej się na zewnątrz *(phaenotypus)* psychice odróżniać należy pierwiastek odziedziczony *(idiotypus)* i pierwiastek nabyty *(paratypus)*. Pierwiastek odziedziczony stanowi zespół oddzielnych zawiązków cech

(genów), z których każda jest tylko zdolnością do rozwinięcia pewnej reakcji psychicznej; ta ostatnia może się przejawiać w życiu osobnika może jednak, dzięki warunkom zewnętrznym czy wewnętrznym, pozostać przez całe życie osobnika w stanie potencjonalnym i być przekazana jako taka potomstwu danego osobnika. Praw dziedzicznego przekazywania usposobienia do chorób psychicznych nie znamy jeszcze: mamy pewne dane by przypuszczać, że usposobienie do psychozy manjakalno depresyjnej przekazuje się dziedzicznie zgodnie z prawami Mendel'a, jako cecha panująca (dominująca) nad cechą zdrowia. Co do innych zaś schorzeń psychicznych, głównie co do schizophrenji, możemy snuć tylko pewne przypuszczenia naprzykład, że usposobienie do tej psychozy przekazuje się dziedzicznie jako cecha ustępująca (recesyjna) przed cechą zdrowia. Sposób dziedziczenia usposobienia do chorób psychicznych ma niesłychanie ważne znaczenie dla rokowania co do zdrowia psychicznego potomstwa ludzi chorych psychicznie. Obecnie pewnem się zdaje, że zdrowe dzieci manjaka czy melancholika tylko zdrowe potomstwo mieć będą (raz wolny, na zawsze wolny), podczas gdy chore dziecko takiego chorego mieć może częściowo chore potomstwo. Przypuszczalne dziedziczenie usposobienia do choroby psychicznej z grupy schizophrenijnej jako cechy recesyjnej względem cechy zdrowia, utrudnia znacznie rokowania co do zdrowia potomstwa. Zmuszając bowiem do uważania za podejrzanych w tym względzie cały szereg osób, u których usposobienie do tego schorzenia pozostaje w stanie ukrytym, nie występując li tylko dzięki tym lub innym wpływom otoczenia w najgorszem znaczeniu tego słowa. Pożądanem byłoby wykrycie istnienia owej cechy potencjonalnej przez określenie związków jej z innemi cechami osobnika (fizycznemi czy psychicznemi), byśmy mogli dojść tą drogą do zapobiegania w przejawianiu się tej cechy w życiu danej osoby. O wyleczeniu kogoś z odziedziczonego usposobienia do choroby psychicznej (jak zresztą i co do chorób fizycznych, naprzykład z usposobienia do cukrzycy, chorób płucnych, anomalji refrakcji i t. d.) nie ma co myśleć. Zmienić się ono może tylko pod wpływem rzadko prawdopodobnie występującej u ludzi mutacji, przestać może istnieć tylko dzięki nierozmnażaniu się osobników posiadających to usposobienie. Nie mogąc walczyć z usposobieniem odziedziczonem, możemy zabezpieczać osobnika od przejawiania się tego usposobienia w formie choroby psychicznej, dając osobnikom z zewnątrz, to, czego brak, stanowi szkodliwą dla zdrowia właściwość konstytucji danego osobnika (analogicznie naprzykład do stosowanej przez nas korekcji refrakcji w okulistyce).

Ludzi usposobionych do chorób psychicznych jest znacznie więcej niż chorych, co widzimy chociażby z porównania dziedzicznego obarczenia ludzi zdrowych i chorych psychicznie. Nie trzeba zapominać, że wszyscy jesteśmy mieszańcami spokrewnionymi wielokrotnie między sobą. L o r e n z pierwszy zwrócił uwagę na prosty w zasadzie fakt, że każdy z nas posiada, licząc tylko rodziców, przodków znacznie więcej niż przypuszczamy, naprzykład w 16-tej generacji wstecz do 5.000 przodków. Przyjmując pod uwagę obecną ludność kraju czy całego świata, musimy się zgodzić, że (nawet przy uwzględnieniu istniejącej śmiertelności) skrzyżowania wszelkiego rodzaju w *gens humana* miały i mają miejsce znacznie częściej niż nam się to zdaje. Przy dziedziczeniu nie chorób psychicznych w całości, lecz tylko pewnych cech (zdolności do pewnych reakcyj psychicznych, które ulegając wpływom wewnętrznych i zewnętrznych warunków, przejawiają się w życiu w najrozmaitszych kombinacjach między sobą, czasami znacznie różniących się w całokształcie swych przejawów u dzieci od kombinacyj, spotykanych u rodziców) otrzymujemy w życiu najrozmaitsze zespoły objawów psychicznych, nie zawsze dające się klasyfikować.

3. K i e r u n e k p s y c h o l o g i c z n y: przeprowadzana obecnie wdzięczna praca nad analizą budowy zaburzenia psychicznego i mechanizmu powstawania poszczególnych objawów pomoże nam wyodrębnić objawy wtórne od zasadniczych, skieruje na właściwą drogę poszukiwania nad istotą danego zaburzenia psychicznego.

4. K i e r u n e k n e u r o l o g i c z n y, wyzyskując bogaty materjał, pozostawiony nam przez wojnę i śpiączkę nagminną, da nam możność pogłębiania naszych wiadomości, tyczących się podziału ról między płaszczem mózgowym i pniem mózgowym w powstawaniu zaburzeń psychicznych.

5. K i e r u n e k a n a t o m i c z n y. Poza dalszym rozwojem sposobów barwienia, obecnie niedostatecznych nieraz do wykrycia przypuszczalnych zmian anatomicznych w komórkach i włóknach nerwowych i glejowych, zaznaczyć należy dążność do lokalizowania zmian w pewnych warstwach kory mózgowej. Podstawę do badań tego rodzaju dadzą nam tak ładnie rozwijające się obecnie badania cytoarchitektoniczne. Do nowych zdobyczy w kierunku tym należy zaliczyć również podkreślanie związku między stopniem rozwoju psychicznego i stopniem rozwoju naczyń włosowatych.

6. K i e r u n e k s e r o l o g i c z n y wreszcie, prowadząc badania porównawcze rozmaitemi metodami nad chorymi i zdrowymi psychicznie, wkraczając w dziedzinę badań nad kolloidami, musi również wywrzeć swój wpływ na nasze pojęcia o podstawie zaburzeń psychicznych.

Naogół dostęp uleczalności chorób psychicznych zależny jest najzupełniej od ogólnego postępu w medycynie teoretycznej i praktycznej. Nasze życie psychiczne, jako złożona reakcja na zjawiska świata zewnętrznego i wpływy wewnętrzne, zależnem jest przedewszystkiem od naszego organizmu i stanu poszczególnych jego części.

Nie otrzymując pożądanej pomocy od innych działów medycyny, ograniczamy się na razie w leczeniu chorób psychicznych na stosowaniu empirycznie wprowadzonych sposobów leczenia i na odpowiedniem urządzeniu naszych zakładów psychjatrycznych.

Pozostawałoby nam wreszcie do omówienia zapobieganie chorobom psychicznym. Polegać ono musi na: 1) możliwem usuwaniu od rozmnażania się osobników, mogących przekazywać drogą dziedziczenia usposobienie do chorób psychicznych i 2) usuwanie tego wszystkiego co do powstania nabywanego lub przejawiania się odziedziczanego usposobienia do chorób psychicznych prowadzić może. Zadanie to, obejmujące opiekę nad matką i dzieckiem, odpowiednie wychowanie i szkolnictwo, wybór odpowiedniego zawodu, walkę z kiłą, alkoholizmem i t. d., i t. d., wchodzi w zakres higjeny społecznej. Szczegółowe omówienie jej celów i środków przekracza ramki krótkiego odczytu.

Z DZIEJÓW NAUKI POLSKIEJ.

O. BUJWID. Kraków.

Przyczynek do historji bakterjologji w Polsce. Wspomnienia z przed lat czterdziestu.

Pierwszą myśl swoją poświęcam pamięci niezapomnianych swych Mistrzów i Nauczycieli: prof. T. Chałubińskiego, H. Hoyera, D. Labla, L. Pasteura i R. Kocha. Jeżeli udało mi się czegoś dokonać ku pożytkowi kraju i dla własnego zadowolenia — jest to wynikiem wpływu Ich świątłych wskazówek i zapału do wiedzy.

Cześć Ich drogiej Pamięci!

Historyk postępów medycyny będzie musiał specjalną uwagę poświęcić okresowi pomiędzy 1880—85. W tym bowiem czasie przyszły najdonioślejsze odkrycia dla nauki lekarskiej. Prawda, że Pasteur już znacznie wcześniej kładzie podwaliny dla tych odkryć: jego prace nad samorodztwem, chorobami wina i piwa i in., będące niejako preludjum do odkryć czysto lekarskich, poczynają się kilkanaście lat wcześniej. Z drugiej strony w Niemczech Klebs i inni spostrzegają bakterje właściwe niektórym chorobom; trzeba jednak dopiero prac Kocha nad pożywkami stałemi i jego odkryć bakteryj gruźlicy i cholery, ażeby otworzyć przed ludzkością naoścież wrota nowej wiedzy bakterjologicznej. Badania tych dwu wielkich mężów właśnie w okresie wyżej wspomnianych lat pięciu, dały całość, która rozwinęła się później w naszych oczach i doprowadziła do zupełnego przewrotu w medycynie i higjenie.

Mija właśnie lat 40 od chwili, gdy pierwsze bezpośrednie wiadomości o pracach tych badaczy przybyły do Polski. Pierwszy kurs bakterjologji, jaki miał Robert Koch w 1885 roku, zostawszy profesorem higjeny w Berlinie w Instytucie jeszcze niezupełnie wykończonym na Klosterstrasse, kurs, na który zjechali się młodzi adepci med. ze wszystkich stron świata, a szczęśliwym zbiegiem okoliczności był i dla piszącego te słowa dostępny. Niewielu uczniów tego kursu dożyło do dzisiaj — pomiędzy nimi znany lekarz z Baltimore William Welch, który wówczas jako asystent i współpracownik Cohnheima przybył do Kocha celem poznania zasad bakterjologji. Niedaleka to przeszłość: ale szczegóły niektóre pierwszych naszych poczynań warto może skreślić w krótkości dla wiadomości tych, którzy kiedyś będą chcieli się dowiedzieć, jakim był nasz udział w pracach tych wielkich badaczy. Zaznaczyć wypada, że pracując u Kocha i Pasteura nie spotkałem z Polski nikogo w tym pierwszym okresie. Jest to cokolwiek dziwne, gdyż wielu rodaków studjowało przecież w Niemczech i we Francji: lekarzy polskich pociągały jednak więcej wielkie imiona praktyków i klinicystów i tam corocznie można było spotkać liczne rzesze studjujących.

Nie można powiedzieć, ażebyśmy w Polsce nie mieli przodowników badań bakterjologicznych. Zwłaszcza nazwisko Adama Prażmowskiego, którego prace są często cytowane obok prac Pasteura, winno doczekać się uznania, jakie nie spotkało go za życia. Nie było mu danem pracować na Wszechnicy Jagiellońskiej; nie otrzymał tam profesury, na którą w pierwszym rzędzie zasługiwał. Ziemacki, Cienkowski, pracowali w Rosji i prawie nie pisali po

polsku. Pierwszy z nich miał to szczęście, że mógł wrócić do wolnej Polski i swego ukochanego Wilna, gdzie jego głównem staraniem nastąpiła odnowa starej zasłużonej wszechnicy wileńskiej. Pierwszym, który w Uniw. Warszawskim słuchaczy swych do badań bakterjologicznych zachęcał i sam je prowadził był prof. Henryk Hoyer. Jego też uczeń Jakowski wydał pierwszą polską bakterjologję — p. t. „Grzybki chorobotwórcze". U Hoyera i z njm razem wykonaliśmy pierwsze barwienie bakteryj gruźliczych. Napisałem wówczas w r. 1884 swoją pierwszą pracę częściowo bakterjologiczną, p. t. „Mikroskopia plwociny w chorobach dróg oddechowych", w której to pracy wyszły kolorowane tablice z barwnemi preparatami bakteryj gruźliczych *). Praca ta, którą wykonałem jako słuchacz 4 r. med. w klinice prof. Lambla i pod jego kierunkiem, została nagrodzona medalem złotym i wydana przez wydział lekarski Uniw. Warsz. jako podręcznik dla lekarzy i studentów. Egzemplarz tej pracy i preparaty ze skrawków dotkniętej gruźlicą macicy i jajowodów posłane Koch'owi otworzyły mi wstęp na kurs bakterjologji, o którym wspomniałem.

Z lekarzy polskich, którzy się interesowali odkryciami z bakterjologji, wówczas jeszcze traktowanej jako nauka teoretyczna, wymienić należy obok prof. Hoyera nazwisko niezapomnianego prof. Chałubińskiego. Sam on pracował teoretycznie nad mikroskopją botaniczną. Wydał dzieło znane w świecie uczonych botaników p. t. „Grimicae tatrenses".

Pierwsze nasze poznanie się z Chałubińskim było przy chorym, którego pielęgnowałem jako młody lekarz.

W rozmowie Chałubiński często omawiał doniosłość dla medycyny odkryć bakterjologicznych. Po odkryciu bakterji cholery, Chałubiński zachęcił mnie do wyjazdu do Berlina; jako prezes Kasy im. Mianowskiego wyrobił mi subwencję na studja w kwocie 200 rubli.

Studja u Kocha trwały niedługo. W przeciągu miesiąca, mając wykłady co drugi dzień, codziennie zaś 5 godzinne ćwiczenia, wprowadził nas wszystkich Koch w ten noworozwijający się świat młodej nauki bakterjologji. Zaznaczyć należy, że ćwiczeniami kierował sam, każdą pierwszą czynność pokazywał również osobiście — asystenci zaś tylko kontrolowali dalszą pracę uczniów i w niej pomagali, zachowując pedantyczną ścisłość w wykonaniu poleceń Mistrza. Asystentami byli wówczas Proskauer, Frosch i Plage. W parę lat później zaczęli pracować Behring, Pfeiffer, Wassermann, Cossel i in. Niedawno zmarły kol. T. Heryng odwiedził mię wówczas w Berlinie i poznał pracownię Kocha.

Najwięcej czasu Koch poświęcił bakterjom wąglika, cholery i gruźlicy. Zaznaczył wówczas, że w preparatach ze skrawków bardzo trudno udaje się zabarwić b. gruźlicze. Nieraz zrobiłem,mówił, kilkadziesiąt barwnych preparatów, zanim udało mi się ujawnić pojedyncze bakterje. Mam dotąd jeden taki preparat chirurgiczny pochodzący z palca chorego na „fungus" stawu. Nie wiem czy dziś możnaby z niego barwny preparat bakterji otrzymać. Po skończonym wykładzie poprosiłem Kocha o ten jego palec, mówiąc, że spróbuję czy mi się uda. Dał mi go z nieco pobłażliwym uśmiechem. Zabrałem się do robienia skrawków i ich barwienia. Po długich mozołach w jednym ze skrawków zobaczyłem 3 lekko ale wyraźnie zabarwione b. gruźlicze. Żaden z asystentów ani współpracowników nie mógł jednak nic dojrzeć, uważali, żem się pomylił i orzekli, aby zostawić sprawę samemu Geheimratowi — tak go tytułowano. Gdy Koch wszedł na salę ćwiczeń, odrazu zwrócił się do mnie z zapytaniem, co słychać — i zabrał się do obejrzenia preparatu. Milczące koło otoczyło nas z ciekawością. Koch długo patrzał — w końcu — nic ja tu nie widzę — powiada. Szmer uśmiechów złośliwych daje się słyszeć. „Auf diesem Gesichtsfelde sind 2 etwas unten noch einer" — mówię stanowczo. — „Ja, Sie haben Recht. Ich sehe 3 Stück".

Muszę dodać, że od tego czasu Koch zaszczycał mię wyróżnieniem: zawiązał się między nami pewien stosunek zaufania, który pozostał do końca naszej znajomości.

Gdym raz przyjechał do Berlina spotkałem Kocha na ulicy. Powitał mię przyjaźnie. „Co Pan porabia?" — „Mikroskopuję i zajmuję się hodowlami. Mało czytam, i nic nie piszę". — Jesteś pan na dobrej drodze. Byle tylko nie zbyt wiele pisać".

Bardzo się ucieszył, gdym mu posłał niedługo potem krótki opis charakterystycznego odczynu b. cholery z kwasami mineralnemi, t. zw. czerwień cholery, której podstawę w parę lat później podał Sałkowski, jako odczyn na nitrozoindol.

Po powrocie od Kocha z Berlina założyłem w Warszawie przy ul. Wilczej Nr. 12 w własnem mieszkaniu pierwszą pracownię, w której cały prawie swój czas poświęciłem dalszemu przerabianiu przywiezionego z Berlina materjału bakterjologicznego. Ogłosiłem wówczas kilka spostrzeżeń pom. innemi wyżej wymieniony odczyn b. cholery, oraz spostrzeżenie nad drażniącem działaniem cukru gronowego, stanowiącego przy cukrzycy podnietę dla czyraków i ropni. Obie te prace przeszły do literatury lekarskiej.

Gdy Pasteur ogłosił pierwsze swoje spostrzeżenia nad leczeniem wścieklizny, wówczas zjawił się u mnie pewnego dnia Chałubiński i spytał, czy nie byłbym skłonny zwiedzić pracownię Pasteura. Naturalnie nie wahałem się ani chwili. Zapytałem zaraz listownie Pasteura, czy zechce mię przyjąć na studja. Oczywiście praca o plwocinie służyła mi za pierwsze polecenie. Pasteur odpisał na bileciku wizytowym: *vous pouvez venir, cher Confrère voir les inoculations antirabiques, tant que vous le desireriez.* Kasa Mianowskiego udzieliła mi ponownie subwencji w kwocie 400 rubli i w końcu kwietnia 1885 przybyłem do Paryża.

Skromna pracownia Pasteura mieściła się wówczas pod Nr. 45 na rue d'Ulm, gdzie właściwie jeden skromny pokój był pracownią Pasteura i Roux. 2 pozostałe zostały zamienione na przychodnię dla pokąsanych i przygotowalnią rdzeni króliczych. W suterenie mieściła się stajnia na króliki i inne zwierzęta.

Gdym wyraził chęć pracowania nad zarazkiem wścieklizny, Pasteur odrzekł, że to niepotrzebne, gdyż prof. Fol z Genewy już go odkrył. Wreszcie może Panu udzieli miejsca prof. Grancher, ordynator kliniki dziecięcej w Szpitalu na ul. Sèvres.

Odtąd często przyglądałem się przedpołudniem szczepieniom i przygotowaniu szczepionki potem zaś usilnie pracowałem nad wykryciem przyczyny wścieklizny, badając wszystkiemi znanemi sposobami hodowlanemi i robiąc liczne barwne skrawki.

Różnica w traktowaniu nauki we Francji i w Niemczech była wówczas rażącą. Gdy w Berlinie powstawały coraz nowe pracownie wyposażone we wszystkie możliwe środki pomocnicze, w Paryżu nawet tak ceniony badacz, jakim był Pasteur, nie miał właściwie porządnej pracowni. Dziwić się należy zapałowi genialnego badacza, który w małej komórce udzielonej mu łaskawie przez Dyrekcję Ecole Normale wykonał najważniejsze swe prace nad samorodztwem, hodowlami wąglika, cholery drobiu, chorobami piwa i wina i tyle innych.

Instytut Pasteura powstał ze składek publicznych, do których Francuzi nie najwięcej się przyczynili, za wyjątkiem p. Boucicault i bar. Rotszylda. Nawet plac pod budowę musiał być od miasta zakupiony.

Na studjach nad wścieklizną prócz mnie jednego z Polski nie było więcej nikogo. Było natomiast sporo Rosjan, wysłańców różnych instytucyj — wszyscy bez wyjątku albo nie mówili,a lbo bardzo źle mówili po francusku. Większość ich później urządziła w Rosji Zakłady szczepień przeciw wściekliźnie.

Jeden tylko Gamalein był poważnym przedstawicielem nauki rosyjskiej. Niedługo potem przybył Miecznikow, który musiał uchodzić z Odesy nie z powodów politycznych, jak mówiono, ale przed procesem cywilnym z powodu padnięcia około 5000 owiec, należących do Pankiejewa. Owce zostały przez omyłkę zaszczepione drugą silniejszą szczepionką przeciwwąglikową zamiast pierwszą. Miecznikow, jako pierwszorzędny badacz naukowy stworzył odrazu po przybyciu własną szkołę bakterjologów.

Po powrocie do Warszawy w czerwcu 1885 roku w tej samej pracowni prywatnej przy ul. Wilczej Nr. 12, przy pomocy Kasy Mianowskiego założyełm przychodnię dla przybywających pokąsanych. Prowadziłem ją w Warszawie do r. 1893 t. j. do czasu powołania mnie na katedrę higjeny do Krakowa. Tutaj w jesieni 1893 przy Zakładzie higjeny utworzyłem przychodnię dla pokąsanych, którzy zaczęli się zgłaszać z ówczesnej Galicji. W r. 1905 otworzyłem własny Zakład szczepienny, oraz Zakład przygotowania surowic i szczepionek, które trwają do dzisiaj. Z początku był tam również internat dla pokąsanych niezamożnych, opłacany przez gminy na polecenie starostw. Od czasu wojny internat został zwinięty i przeniesiony do Zakładu Helclów pod administracją szpitala św. Łazarza.

Od chwili wprowadzenia metody Semple'a, która pozwala na przesyłanie szczepionki gotowej na dalsze odległości, internat staje się niepotrzebny. Szczepionkę dla pokąsanych będzie odtąd Państw. Zakład Higjeny wysyłał Województwom na żądanie lekarzy urzędowych.

Zakład przeze mnie urządzony będzie nadal dawał pomoc tym ze zgłaszających się, którzy będą chcieli odbywać leczenie według dawnej metody Pasteura, lub zechcą otrzymać nową szczepionkę według Semple'a; będzie ona również na żądanie przesyłana.

Odkrycia Pasteura są dziś dla nas rzeczą powszechnie zrozumiałą; jeżeli nawet nie wszystko da się teoretycznie uzasadnić to jednak wyniki stosowania szczepień przeciwko wściekliźnie są tego rodzaju, że nikt ich już obecnie nie ośmiela się kwestjonować.

*) Niezwykłej staranności biografa Główczewskiego zawdzięczam te istotnie pięknie zrobione tablice z rysunków przeze mnie wykonanych.

Inaczej było przed laty 40. Pamiętać należy, że Francja dopiero co przebyła wojnę z Niemcami, w której została pokonana. Wytworzyły się stosunki podobne do tych, jakie widzimy dziś w Niemczech: niechęć, nienawiść, chęć odwetu względem zwycięskich sąsiadów. Francuscy i niemieccy uczeni nie porozumiewali się wzajemnie i tworzyli osobne dwa zamknięte światy naukowe. Pasteur — przedstawiciel syntezy — badał zjawiska i wyprowadzał z nich szerokie wnioski ogólne. Do badań mikroskopowych nie było wówczas dobrych szkieł za wyjątkiem fabryki Prażmowskiego w Paryżu, które jednak nie posiadały immersji. W Niemczech — Koch typowy przedstawiciel metody analitycznej badał drobiazgowo biologję zarazków i idąc za wskazówkami swego nauczyciela Wrocławskiego botanika Ferd. Cohn'a nie dopuszczał możliwości nawet zmiany kształtu bakterji — nie mówiąc już o własnościach. Gdy Buchner ogłosił spostrzeżenie, że udało mu się zmienić b. antracis w b. subtilis spotkało się to odrazu z zupełną nieufnością, może i słuszną; ale gdy Pasteur na Zjeździe w Kopenhadze podał swoje spostrzeżenia nad szczepieniem wąglika zapomocą osłabionego zarazka, wówczas Koch nie wahał się zaprzeczyć doświadczeniom Pasteura, mówiąc, że są one błędem obserwacyjnym podobnym do tego, jaki popełnił Buchner. Podczas kursu bakterjologji, jaki Koch wykładał, widać było, że zaczął zmieniać swe poprzednie zdanie. Ale i wtedy jeszcze dowodził niemożności otrzymania skutecznej szczepionki.

Gdy Pasteur, ogłosił swoje doświadczenia nad wścieklizną i jej leczeniem, wówczas słynny Billroth nie wahał się napisać artykułu w najpoczytniejszym dzienniku wiedeńskim Neue Fr. Presse że wszystkie te doświadczenia Pasteura, bardzo poważnego chemika, nie godzą sie z najprostszą codzienną logiką lekarską. Kto kiedy słyszał ażeby leczyć chorobę już zaszczepioną szczepieniem tegoż samego zarazka? „Prawdziwą też chlubą wiedeńskiego wydziału lekarskiego i nowym listkiem wawrzynu do jego dawnych zasług jest obalenie teorji Pasteura przez prof. Frischa, który doświadczeniami swemi dowiódł, że metoda Pasteura nie tylko nie jest lecznicza, ale wprost zabójcza. Należy corychlej pozamykać zakłady stworzone na wzór zakładu Pasteura".

Wynikiem tak poważnego głosu było zamknięcie tylko co urządzonego zakładu Ullmana w Wiedniu. Szczepienie wścieklizny w Wiedniu zostało wprowadzone w rok po Wystawie Lwowskiej, na której cesarz Fr. Józef bardzo szczegółowo rozpytywał mię, oglądając model mojej Krakowskiej pracowni, o sposoby szczepienia. W kilka miesięcy później w Wiedniu powstał zakład, gdzie wprowadzono szczepienia pasteurowskie pod kierunkiem prof. Paltaufa.

Niemcy najdłużej opierali się wprowadzeniu do siebie nowej metody szczepiennej. Gdy na jednym ze Zjazdów w Berlinie zaproponowałem urządzenie choćby jednego takiego Zakładu w Berlinie wówczas Petri ostro zaoponował. Jako higjenista niemiecki stwierdzam — powiedział — że Niemcy nie potrzebują takiego Zakładu, gdyż niema tutaj psów wściekłych. Wniosek mój upadł. Ale następnego roku Koch przysłał mi do Krakowa swego kuzyna pokąsanego przez psa notorycznie wściekłego, prosząc o kurację dla niego.

A w 1897 asystent Kocha przybył do Krakowa prosząc, ażebym mu wyjaśnił podstawy szczepienia i dał zaszczepionego królika dla otrzymania z niego szczepionki i zaprowadzenia zakładu — w Berlinie.

OCENY.

E. Kehrer. **Przyczyny i leczenie bezpłodności.** *Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit),* str. 113. Nakład T. Steinkopffa, Lipsk.

Autor, dyrektor kliniki kobiecej w Dreznie, usiłuje omawiać bezpłodność z odmiennego od powszechnie przyjętych stanowiska, nader ważnego i dla terapji, ze stanowiska zaburzeń życia seksualnego obu płci, podkreśla wagę czynników nerwowych i psychicznych, oświetla stosunek pewnych obrazów ginekologicznych, przedewszystkiem dobrotliwych guzów macicy (włókniaki) do niepłodności i teorję ich powstawania.

Istnieje niewątpliwie ścisły związek przyczynowy między bezpłodnością kobiety, a disharmonją seksualną czyli dyspareunją jej *(pareunos-coitus)* w stosunku do mężczyzny. Ta ostatnia nie rzadziej decyduje o braku potomstwa od zachorzeń infekcyjnych, zwłaszcza rzeżączki. Zajście w ciążę, zapłodnienie bez aktywnoseksualnego przyczynienia się ze strony kobiety nie należy bynajmniej do prawidła, lecz raczej do wyjątków.

Normalne spółkowanie, jako nader skomplikowany akt fizjologiczny, posiada swoje składniki somatofizjologiczne i psychofizjologiczne, wymaga psychoerotycznego zgrania się, odpowiedniego nastawiania i zachowania się aparatów ruchowego, czuciowego i współczulnego. Kehrer podaje liczne wykresy normalnego i patologicznego przebiegu stosunku płciowego u mężczyzn z niemocą płciową i u kobiet z dyspareunją psychogenną. Inkoincydencja organizmu prowadzi nieraz do utrudnionego zapładniania.

Z psychicznych wpływów hamujących, wspomina autor stany psychosteniczne, psychopatyczne, obawę przed zajściem w ciąże, przed zarażeniem się, przed bolami defloracyjnemi, wstręt osobników do siebie, remiscencje świadome i podświadome, popędy opaczne. *Impotencja generandi* jest o wiele częstszą od *impotencja coeudi.* Waginizm słusznie traktuje jako zespół czysto psychiczny, jako odruch korowy, warunkowy, obronny. Nie bez słuszności Kehrer podkreśla bezskuteczność większości rękoczynów i zabiegów chirurgicznych, stale stosowanych u kobiet bezpłodnych, często bezkrytycznie i bez uwzględnienia czynników psychopochodnych. Również nieuznaje działania większej ilości preparatów organoterapeutycznych. Wprawdzie mało konkretnego wycisnąć się da ze wskazań psychoterapeutycznych i psychoanalitycznych autora. Dalsze badania pokażą, ile słuszności ma Kehrer twierdząc, że kobieta normalna pod względem czynności płciowych nigdy mięśniaków macicy nie dostaje i że z wielkości guza i towarzyszącego przekrwienia narządów płciowych poznać można, jak długo dyspareunja się ciągnie.

H. Higier.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Marjan Józef SKOWROŃSKI. Kraków.

Ocena porównawcza sposobów badania szybkości ruchu powietrza przy pomocy katatermometru Hilla i anemometrów, oraz kilka uwag w sprawie ustalania stałego współczynnika (F) katatermometru.

Z Zakładu Higjeny Uniw. Jagiell.
Dyrektor: Prof. dr. Witold Gądzikiewicz.

Dokończenie.

III.

Zasady dotychczasowej anemometrji.

Zanim będziemy sie zastanawiać nad wartością praktyczną „kata" jako anemometru w ogólności i nad znaczeniem innowacji Weissa dla anemometrji w szczególności, nie od rzeczy będzie uprzytomnić sobie w krótkim zarysie zasady dotychczasowej anemometrji, tem więcej, że ułatwi nam to należytą ocenę wyników pracy niniejszej.

Do oznaczania szybkości wiatru i równoczesnego określania jego kierunku używa się od dawna w meteorologji t. zw. wiatromierza Wilda, o którym, jako najstarszym typie używanych dotąd anemometrów słów kilka.

Wiatromierz Wilda składa się z łatwo obracającej się chorągiewki blaszanej, z którą jest stale połączona pionowo postawiona tabliczka blaszana o dokładnym ciężarze (200 gr) i wymiarach (150×300 mm). Gdy wiatr o nią uderza, odchyla się ona o pewien stopień od położenia pionowego. Ciśnienie wiatru, powodujące to odchylenie, rośnie mniej więcej proporcjonalnie do kwadratu szybkości wiatru. Stopień odchylenia tabliczki wyznacza się zapomocą osobnej podziałki, przymocowanej do łukowego prętu, stale połączonego z chorągiewką. I tak, np. dwie podziałki skali odpowiadają szybkości wiatru = 2 m/sek, trzy podziałki skali odpowiadają szybkości wiatru = 4 m/sek, i t. d. Blaszana chorągiewka wskazuje nam kierunek wiatru i ustawia stale tabliczkę blaszaną wraz z podziałką wprost naprzeciw wiatru.

Anemometr ten, rzecz jasna, nie może już odpowiadać dzisiejszym wymogom meteorologji, tem mniej higjeny, dlatego też wymyślono już cały szereg nowszych wiatromierzy, na różnych polegających zasadach.

Tak np. wiatromierz Robinsona mierzy ilość obrotów czarek, obracających się około wspólnej osi w pewnym okresie czasu, z czego dopiero wnioskuje się o szybkości wiatru.

Szczególniej już dla badań ruchu powietrza w lokalach zamkniętych służy anemometr dynamiczny Recknagela, który stanowi niejako ulepszony anemometr Robinsona. Wiatraczek, obracający się pod wpływem wiatru jest tu połączony z mechanizmem zegarowym, dającym możność obliczania setek i tysięcy obrotów wiatraczka. W nowszych przyrządach tego rodzaju (np. Fuessa) skala wskazuje nie ilość obrotów lecz szybkość ruchu powietrza w metrach na minutę.

Innego rodzaju anemometry znowu (anemometry statyczne) wskazują ciśnienie wiatru, działającego na łopatki ułożone w wia-

traczek. Ciśnienie to odczytuje się ze wskazań wskazówki na skali, a mnożąc pierwiastek drugi z ciśnienia „n" współczynnikiem stałym dla każdego aparatu, możemy obliczyć szybkość wiatru.

Przy braku anemometrów można się posługiwać także bardzo dowcipnem spostrzeżeniem, że płomień świecy, zależnie od szybkości ruchu powietrza, odchyla się od pionowej linji w różnym stopniu. I tak np. jeśli się płomień wcale lub prawie wcale nie odchyla, to szybkość ruchu powietrza ma wynosić około 0,22 m/sek, a jeśli się odchyla o 45°, to szybkość ruchu wynosi ca 44 cm/sek, jeśli gaśnie, to szybkość ruchu powietrza równa się lub przewyższa 186 cm/sek itd.

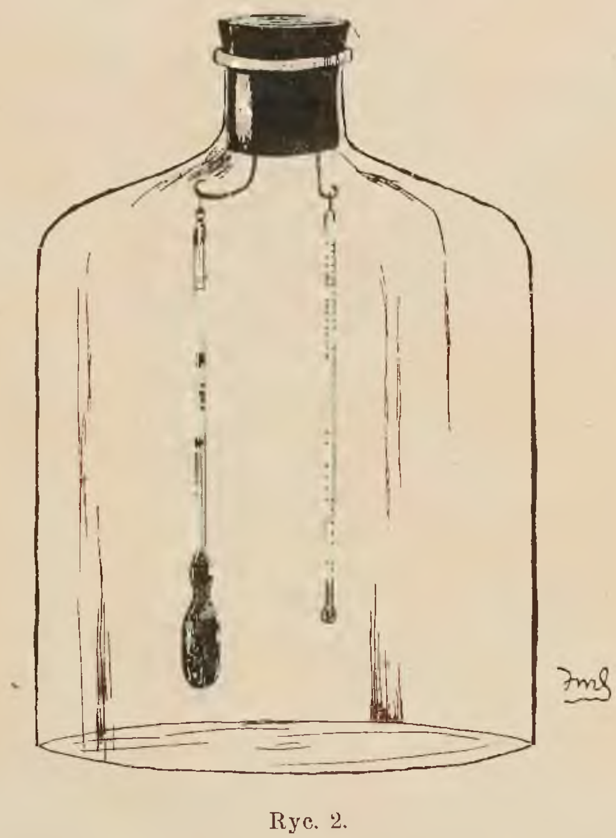
Wszystkie sposoby anemometryczne, aczkolwiek na ogół dosyć dokładne, jednak aż nazbyt często okazują wady sprowadzające mniej lub więcej niedokładne wyniki. Jeśli np. weźmiemy anemometr z mechanizmem zegarowym, więc F u e s s a, R e c k n a g e l a i inne, to najważniejszą ich — jeśli nie wadą, to niedokładnością, jest to, że nie reagują one wogóle na ruchy powietrza mniejsze niż 0,2 m/sek; a jeśli badać niemi ruchy powietrza nierówne (jak to się w praktyce higjenisty najczęściej zdarza), to wtedy otrzymamy wyniki bardzo niedokładne, gdyż anemometry wiatraczkowe obracają się w chwilach mniejszej szybkości wiatru z początku jeszcze szybkością, którą im nadał poprzedni silniejszy podmuch, a to dzięki prawu inercji. W rezultacie wskaże nam anemometr wartości v większe, aniżeli one w rzeczywistości są. Na odwrót: jeśli w pierwszej chwili badania szybkość wiatru była minimalna, a w chwili następnej zadział silniejszy a krótki podmuch wiatru to znowu wiatraczek nie będzie natychmiast reagował na zmianę szybkości wiatru, gdyż i w tym wypadku wchodzi w grę inercja.

Prócz tego nie notują przecież anemometry wiatraczkowe wogóle zmian kierunku wiatrów ani prądów wtórnych powietrza i wirów.

Zdawałoby się więc, że dopiero teraz, kiedy H i l l dał nam do ręki subtelnie czuły instrument — katatermometr, będzie można mierzyć szybkości ruchu powietrza z iście naukową ścisłością. Teoretyczne dane przemawiają za tem bezwzględnie. Chodzi tylko o praktyczne wyniki.

IV.

Obliczenie współczynnika (faktora) F katatermometru, którym przeprowadzałem badania porównawcze.



Ryc. 2.

Jak już z zacytowanej pracy W e i s s a wynika, niezbędnem było sprawdzenie faktora F katetermometru Zakładu Higjeny U. J. Nr. 2048, którym dokonywałem doświadczeń anemometrycznych — porównawczych. Wartość F katatermometru tego wynosi według obliczeń fabrycznych = 466. Dla sprawdzenia tego umieszczałem katatermometr nagrzany powyżej znaczka górnego wraz z termometrem zwykłym, mierzącym temp. otoczenia w dużej butli (około 5 l pojemności) z szczelną zatyczką gumową, jak to widać na rysunku Nr. II.

Co się tyczy sposobu nagrzewania, to nie stosowałem się do polecenia H i l l a, by nagrzewać kata w ciepłej wodzie, gdyż kilka razy zauważyłem znaczniejsze różnice w T. przy jednakich warunkach badania, co przypisuję niezupełnie dokładnemu osuszeniu kata, wskutek czego działał on do pewnego stopnia jako kata mokry. A przecież nie starczy nieraz czasu na bardzo dokładne osuszanie, gdyż słupek alkoholu wnet opada przy tego rodzaju manipulacjach. Aby się z całą pewnością ustrzedz przed ew. nieścisłościami, nagrzewam kata ciepłym piaskiem, zaopatrzywszy przedtem naczyńko z alkoholem koszulką bawełnianą, chroniąc tem samem szkło przed zbyt gwałtownem nagrzaniem i przed mechanicznem uszkodzeniem przez ziarenka piasku.

W e i s s umieszcza oba termometry w pudle szklanem o wymiarach 30×40×40 cm poprzez które można odczytywać wskazania termometrów. Ponieważ trudno mi było uzyskać tak szczelne pudło szklane, któreby zapewniało całkowity bezruch powietrza wewnątrz, wolałem się w tym celu posłużyć wspomnianą butlą, w której, o ile termometry się nie wahają, musi panować zupełny spokój powietrza. Po dziesięciu badaniach w ten sposób dokonanych przy różnych temperaturach otoczenia obliczyłem stałą F = 495, a nie jak zaznaczono w fabryce 466. (Cf. tab. I).

Tabela I.

Tabela z wynikami doświadczalnemi sporządzona w celu obliczenia stałego faktora katartermometru Zakładu Higjeny U. J. Nr. 2048.

	t	T	Θ	F
1	13,3	77,5	23,2	485,46
2	15,9	87,3	20,6	485,56
3	16,8	94,0	19,7	499,61
4	17,0	95,9	19,5	500,17
5	22,1	134,0	14,4	509,46
6	28,8	133,0	13,7	491,96
7	23,8	140,1	12,7	480,40
8	24,2	150,0	12,3	498,15
9	24,8	158,0	11,7	499,12
10	26,3	180,0	10,2	495,72
			Suma	4945,61

F = 4945,61 : 10 = 494,56
okrągło = 495

Przy tej sposobności uważam za wskazane zwrócić uwagę na kilka szczegółów natury technicznej, dotyczących sposobów doświadczenia w celu ustalenia faktora F.

Najsampierw muszę podkreślić, że badania należy wykonywać w ustalonej temperaturze otoczenia. Należy więc każdorazowo przed badaniem przekonać się o tem, czy temp. w butli czy pudle jest istotnie stała, lub czy nie wzrasta jeszcze lub opada. Jak wielkie mogą wynikać różnice przy obliczaniu F, jeśli podczas badania temp. otoczenia bardzo nawet nieznacznie się podnosi, świadczy fakt, że wartość F, obliczona z liczb odczytanych z termometrów, podczas gdy temp. powietrza w butli podnosiła się o 0,2. (z 25,1—25,3 C) i już potem wyżej się nie podnosiła, — wynosiła 535 przy T 173,8. Przeciwnie, gdy temp. opadała z 27,5—27,3 C podczas badania i na tym poziomie w dalszym ciągu już pozostawała po badaniu, F = 468 przy T 193. Oczywista takich cyfr nie można zdaniem mojem użyć do obliczeń przeciętnej F. I tak już najlżejsza konwekcja wpływa na różnice dość nieraz znaczne w wynikach.

Do drugiego rodzaju czynników, wpływających nieporządanie na szybkość oziębiania się kata, zaliczyć muszę na podstawie licznych spostrzeżeń fale dźwiękowe, zwł. o małej częstości drgań a wielkiej amplitudzie. Dźwięki — niedość, że same są drganiami powietrza i wywołują pewną konwekcję, aczkolwiek minimalną, — wprowadzają także w ruch niektóre przedmioty, w tym przypadku np. same ściany pudła czy butli, a te z swej strony wywołują już ruch powietrza wewnątrz butli, który jest niewątpliwie szkodliwy

i wpływać musi na rezultat. Ponieważ zaś katatermometr H i l l a jest wprost arcyczułym instrumentem na wszelkiego rodzaju ruchy powietrza, dlatego też powinno się zdaniem mojem wszelkie badania wzorcownicze wykonywać w absolutnej ciszy akustycznej.

O szczegółach tych, co dopiero przytoczonych, nic nie wyczytałem ani u H i l l a ani u W e i s s a, a przecież mają one wielkie znaczenie dla ścisłego oznaczenia wartości F. Przy zestawianiu tabeli Nr. 1. uwzględniłem z tego względu tylko dane, otrzymane

Tabela II.

	t° C	Rodzaj dźwięków	T"
1		absolutna cisza już na 3 minuty przed badaniem	101,4
2		cisza	101,3
3		podczas badania uderzono kilka razy deską o deskę	101,0
4		podczas badania chodzono głośno po sali badań	100,7
5	t° C 185	ulicą przejeżdżało auto ciężarowe z turkotem przez kilka chwil podczas badania (odległość stoła badań od ulicy 17 m.) . . .	100,2
6		turkot wozów i aut na ulicy w czasie badania	99,9
7		turkot wozów i aut na ulicy w czasie badania	99,8
8		podczas badania uderzano deską o deskę	99,6
9		podczas badania dzwoniono . .	99,6

przy możliwie największej ciszy akustycznej i całkiem ustalonej temperaturze wewnątrz butli. Tabela Nr. II poniżej podana wymownie ilustruje wpływ różnych dźwięków i szmerów na czas oziębiania się katatermometru umieszczonego w butli, zatem i na F. przy jednakich innych warunkach badania.

V.

Badania porównawcze nad szybkością wiatru przy pomocy katatermometru i anemometru F u e s s a i R e c k n a g e l a.

Oznaczywszy sobie w sposób powyższy wartość stałą dla F. przystąpiłem do badań porównawczych — anemometrycznych.

Należało przedewszystkiem porównać anemometry między sobą, a dalej porównać wskazania anemometru z dedukowanemi wskazaniami katatermometru, a tu znowu 1) przy pomocy wzorów H i l l a (wzgl. jego tablic) i 2) przy pomocy wzoru W e i s s a.

Badania wykonywałem już to na otwartem polu, już to w pokojach, w otworach wentylacyjnych itd.

Co do sprawności anemometrów, to stwierdziłem dość wielkie różnice wskazań między poszczególnemi typami anemometrów. I tak np. anemometr R e c k n a g e l a z Zakładu Astronomji U. J. wskazywał podczas badania porównawczego w tych samych warunkach 23 m na minutę więcej niż anemometr F u e s s a aczkolwiek ten ostatni posiada solidniejszą konstrukcję i był dotąd mniej używany niż pierwszy. Trudno więc było stwierdzić, który z anemometrów wskazuje dokładniej szybkości wiatru; i tak nie mogąc znaleźć standartu pewnego, z którym mógłbym porównywać wyniki katatermometryczne, postanowiłem przeprowadzać porównania z anemometrem F u e s s a Nr. 1114. Szybkości wiatru wskazywane wspomnianym anemometrem oraz szybkości obliczone z wzorów H i l l a i wzoru W e i s s a znajdują się poniżej w tabeli Nr. III.

Z tabeli tej możemy wyczytać, co następuje:

1) że przy szybkościach większych niż 1 m/sek anemometr F u e s s a wskazuje mniejsze wartości dla v. niż to wynika z obliczeń kata wzorem W e i s s a i przeważnie też wzorem drugim H i l l a. Może należy to tłumaczyć w sposób podany pod III., zwłaszcza, że przy badaniach zawsze posługiwałem się zmiennym ruchem powietrza co do szybkości.

III.

TABELA PORÓWNAWCZA.

	t° C	T"	(v m/sek) mierzono anemometrem	(v m/sek) z I-go wzoru Hilla	(v m/sek) z II-go wzoru Hilla	(v m/sek) z tablic Hilla	(v m/sek) z wzoru Weissa	Różnica Hill : Weiss.
1	17,0	78	0	0,0676	0,1369	0,063	0,1396	0,072
2	16,8	72	0	0,1089	0,176	0,106	0,1764	0,067
3	16,0	67	0	0,1156	0,1936	0,106	0,1936	0,078
4	6,4	46	0,260	0,129	0,211	0,122	0,211	0,082
5	6,8	42,8	0	0,168	0,250	0,160	0,250	0,082
6	12	50	0	0,203	0,281	0,203	0,2809	0,078
7	7	41,8	0	0,193	0,270	0,181	0,281	0,088
8	12	50	0	0,203	0,281	0,203	0,2816	0,078
9	13,1	46	0,281	0,336	0,409	0,331	0,504	0.168
10	10	45,5	0	0,212	0,292	0,203	0,303	0,091
11	4	32,2	0,481	0,372	0,449	0,360	0,449	0,077
12	5,6	34	0,421	0,360	0,449	0,360	0,449	0,089
13	4 6	31,6	0,553	0,423	0,490	0,423	0,504	0,081
14	13,0	43	0,302	0,422	0,504	0,391	0,504	0,081
15	4,8	30,1	0,634	0,518	0,624	0,490	0,604	0,086
16	4,8	29,7	0,705	0,672	0,723	0,640	0,723	0,051
17	6,5	26,5	0	0,921	0,9409	0,903	0,9604	0,039
18	7,1	19	1,10	1,08	1,08	1,09	1,12	0,04
19	5,8	23,3	0,725	1,16	1,21	1,22	1,21	0,05
20	7,0	19,6	1,51	1,96	1,96	2,03	1,96	0
21	7,0	16	2,41	3,24	3,24	3.26	3,24	0

2) że w tym przypadku wzór Weissa daje nieomal, że jednakie wyniki jak drugi wzór Hilla, co zresztą zgodnem jest z przewidywaniami Weissa (por., co o tem powiedziano w rozdz. II.). Nieznaczne różnice między obliczeniami, a tabelką Hilla pochodzą stąd, że tabela ta jest wogóle bardzo mało dokładna i obejmuje przybliżone wartości v. w zbyt szerokich granicach;

3) że przy szybkościach wiatru mniejszych niż 1 m/sek wskazuje anemometr przeważnie większe wartości dla v. aniżeli obliczenia katatermometryczne. Tłumaczyć należy to, jak powyżej, w ten sposób, że anemometr Fuessa w trakcie doświadczeń ulegał wpływom niestałego-nierównomiernego prądu powietrza; przez kilka sekund działał nań silniejszy wiatr potem na kilka sekund znowu słabszy. Dzięki prawu inercji nie zdoła się wiatraczek anemometru przystosować w tejże samej chwili do zmiany szybkości wiatru, tylko trwa jeszcze przez pewien czas w poprzednim niejako „stanie" i stąd też tłumaczą się owe nadwyżki wobec wskazań katatermometru. Zależnie od tego, czy w ciągu jednego badania zadziałało na anemometr kilkanaście czy kilka silniejszych podmuchów wiatru, będzie anemometr raz wiekszą, raz mnieiszą szybkość wskazywał niż to wypada z obliczeń katatermometrycznych; bowiem kata ma tę doniosłą zaletę, że reaguje odrazu na każdorazowe zmiany szybkości ruchu powietrza.

4) że szybkości wiatru przeciętnie mniejszych niż 0,25 m/sek anemometr Fuessa już nie wskazuje, podczas gdy katatermometr daje możność wykrycia najlżejszych ruchów powietrza;

5) że przy szybkościach wiatru mniejszych niż 1 m/sek wzór Weissa daje większe wartości dla v. niż odpowiedni wzór Hilla, że natomiast wyniki otrzymane z wzoru Weissa w większości przypadków równają się wynikom otrzymanym przy pomocy drugiego wzoru Hilla (por. r. II.).

6) że istotnie w większości (70%) przypadków wartości v. obliczone wzorem Weissa są więcej zbliżone do v. wskazywanego anemometrem niż wartości v. obliczone pierwszym wzorem Hilla. Innemi słowy: wzór Weissa pozwala nam z większą dokładnością obliczyć wartości v, aniżeli wzór Hilla. Różnice znaczniejsze w pozostałych 30% przypadków należy zdaniem mojem tłumaczyć w ten sam sposób, jak to pod pct. 3" uczyniłem;

7) że różnica wartości v. obliczona wzorem Weissa a Hilla (przedewszystkiem dla wartości v. mniejszych niż 1 m/sek) wynosi dla katatermometru Nr. 2048 przeciętnie 0,08 m/sek, czyli 41 cm na minutę, — a przy szybkościach około 1 m/sek stopniowo mniej, aż się przy szybkościach wynoszących znacznie więcej niż 1 m/sek różnice wyrównują.

Reasumując więc wyniki badań moich, stwierdzam, że

1) przy ustalaniu faktora F katatermometru nie uwzględniano dotąd wpływów dźwięków na szybkość ochładzania sie kata; czynnik ten należy uwzględnić, aby otrzymać całkiem ścisłe wyniki. Dla zachowania tejże ścisłości uważam za stosowniejsze nagrzewanie kata ciepłym piaskiem, a nie wodą z przyczyn w pracy wymienionych;

2) katatermometr jest istotnie najczulszym ze znanych dotąd anemometrów, gdyż pozwala nam nietylko wykryć ale i ściśle określić najlżejsze, dotąd jedynie nerwami skórnemi wykrywane ruchy powietrza;

3) wartości v. obliczone wzorem Weissa są najbardziej zbliżone do wartości v. wskazywanych anemometrem Fuessa.

Poczytuję sobie za zaszczyt móc na tem miejscu podziękować JWPanu Profesorowi drowi fil. i med. Witoldowi Gądzikiewiczowi, dyrektorowi Zakładu Higjeny U. J., za temat i życzliwie udzielane wskazówki w toku mej pracy.

Piśmiennictwo.

1) B. Heymann: Ueber den Einfluss wieder eingeatmeter Expirationsluft auf die CO_2 — Abgabe. „Z. f. Hyg. u. Im." 1905. — 2) Leonard Hill: Health and ventilation w Heating and Vent. Magazin Nov. 1912. — 3) The katathermometer in studies of body heat and efficiency H. M. St. Off. London 1923. — 4) W. Gądzikiewicz: Metodyka badań higjen. Książnica Atlas. Lwów — Warszawa 1925 — 5) Paul Weiss: Die hygienischen Grundlagen der Lüftungstechnik mit spezieller Berücksichtigung der Kata-thermometrie zur Bestimmung der Entwärmungsverhältnisse. „Dipl. Ing." w „Archiv f. Hygiene" T. 96/1. — 6) L. Hill: Wentylacja, a zdolność człowieka do pracy. „Polska Gazeta Lekarska" Nr. 45. 1924.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Annales des maladies de l'oreille du larynx, du nez et du pharynx.

T. XLIV. Z. 11. 1925.

M. Lannois et R. Gaillard (Lyon). **O roli układu współczulnego w próbie cieplikowej Barany'ego.** Na podstawie badań doświadczalnych na królikach, w którym autorowie przecinali nerwy współczulne szyjne i wyłuszczali splot szyjny po jednej stronie, mogli stwierdzić, że oczopląs pod wpływem zimnej wody niekiedy nie występował, względnie pojawiał się ze znacznem opóźnieniem i trwał krócej po stronie operowanej niż po stronie przeciwnej. Potwierdza to według autorów teorję Kobraka, gdyż nie ulega wątpliwości, że przyczyną niewystępowania względnie opóźnienia oczopląsu w tych doświadczeniach jest porażenie naczyń krwionośnych w przewodzie słuchowym zewnętrznym. Zwężenie bowiem naczyń krwionośnych w przewodzie słuchowym zewnętrznym a rozszerzenie w błędniku uważa Kobrak za przyczynę objawów podrażnienia.

Heynix. **Ropień okołookostnowy wewnętrzny z dolnych ostatnich zębów trzonowych wychodzący i jego powikłania.** Na podstawie 30 spostrzeganych przypadków opisuje autor obraz i przebieg chorobowy ropnia okołookostnowego, wychodzącego z dwu ostatnich dolnych zębów trzonowych. W pierwszym dniu, gdy chorzy skarżą się na ból w okolicy trzonu języka, nie spostrzegamy, badając jamę ustną, żadnych zmian. W następnym dniu można stwierdzić wypuklenie względnie tylko spłaszczenie wewnętrznej powierzchni szczęki dolnej, która prawidłowo jest nieco wklęsła od strony wewnętrznej. Wyraźniej można to stwierdzić, gdy porównamy obie strony. Język w pobliżu tego miejsca jest bardzo bolesny na ucisk.

Na te dwa objawy zwraca autor szczególną uwagę i radzi jak najwcześniej naciąć w miejscu tem, kierując ostrze noża prostopadle do szczęki. W przypadkach zaniedbanych mogą z tego ropnia powstać ciężkie powikłania ropne, schodzące ku dołowi i tyłowi.

V. Jindra (Brno). **Stosowanie kryzolganu w celu leczenia gruźlicy krtani.** Na podstawie 30 spostrzeganych przypadków gruźlicy krtani, w których autor stosował dożylnie od 0·01—0·05 miligramów kryzolganu w odstępach 10—14 dniowych mógł stwierdzić wyniki względnie zadowalające. W lżejszych postaciach gruźlicy a więc naciekowych i naciekowo-wrzodziejących, o ile stan ogólny chorego był dobry, była znaczna poprawa względnie nawet całkowite wyleczenie (w obrazie lusterka krtaniowego). W ciężkich zaś postaciach gruźlicy krtani kryzolgan powodował niekiedy (w 2 przyp.) pogorszenie się nawet stanu ogólnego chorego. Dobre wyniki również otrzymywał lecząc kryzolganem przypadki tocznia krtani (lupus). Spostrzeżenia autora nie są jednak bezwzględnie miarodajne, ponieważ z kryzolganem kombinował również miejscowo przypalanie galwaniczne.

G. Verger (Paryż). **Leczenie raka szczęki górnej chirurgicznie i przy pomocy radu.** Opierając się na materjale 42 przyp. raka szczęki górnej podaje autor wyniki leczenia, przytaczając metody leczenia i badań drobnowidowych, przy pomocy których stwierdzano ewentualne postępy. Leczenie promieniami roentgenowskimi lub radem nie daje na ogół szczęśliwych wyników (chyba w bardzo nielicznych wyjątkach) a to z tego powodu, że rak szczęki górnej najczęściej bardzo rozległy nie pozwala klinicznie ani radjologicznie stwierdzić całej swej rozciągłości; w przebiegu leczenia wskutek rozpadu tkanki nowotworowej występuje wtórne zakażenie ropne miejsca leczonego a co zatem idzie martwica kości i długotrwałe ropienie prowadzące nieraz do charłactwa, sprowadzającego szybko zejście śmiertelne. Z powyższych powodów uważa autor za wskazane przygotować niejako pole działania radu przez zabieg operacyjny. Ze stanowiska klasycznego zabiegu wycięcia szczęki górnej możemy podzielić ogół przypadków raka szczęki górnej na dwie grupy, z których jedna obejmuje przypadki, dające możność wyłuszczenia wszystkich odgałęzień raka przy pomocy zabiegu chirurgicznego, druga zaś wskutek daleko posuniętego rozrostu nowotworu (do jamy czaszkowej, oczodołu i t. d.) na to nie pozwala nawet mimo najszerzej wykonanego zabiegu. O ile więc mamy do czynienia z przypadkami grupy pierwszej, to zabieg chirurgiczny w łączności z następową bezpośrednio stosowaną radjoterapją dają wyniki dobre w większości przypadków (60%). Dodać należy, że zabieg operacyjny ma się ograniczyć w tych przypadkach do usunięcia mas rakowatych z zachowaniem, o ile możności dolnej ściany oczodołu i pozostawieniem szerokiego dostępu do wkładania radu. Na wszystkie ściany jamy pooperacyjnej stosuje autor dawkę łączną 25 milicurie na 4 dni w 12 tubkach. Podwiązywanie tętnicy dogłowowej zewn. jakoteż wyłuszczanie gruczołów uważa za zbyteczne w tych przypadkach; na gruczoły bowiem można stosować z dobrym skutkiem rad od zewnątrz. W porównaniu z promieniami roentgenowskimi rad ma tę wyższość, że nie powoduje uszkodzenia gałki ocznej, skóry i śluzówki, jak to ma miejsce wskutek działania promieni roentgenowskich. W przypadkach grupy drugiej po chirurgicznem jak najdoszczętniej wykonałem wyłuszczeniu raka wyniki stosowania radu dają mniejszy odsetek wyleczenia (bo 33%), a nawroty występujące w reszcie przypadków każą nam zmienić postępowanie. Należy bowiem w tych przypadkach usunąć części kostne jak najdoszczętniej i wyłuszczyć gałkę oczną, o ile rak zajmuje oczodół, podwiązać należy

tętnicę dogłowową, o ile rak zajmuje jamę skrzydłowo-szczękową *(fossa pterygo-maxillaris)*, by uniknąć następowych śmiertelnych krwotoków. Wreszcie należy też wyłuszczyć okoliczne gruczoły i usunąć skórę twarzy, o ile jest zajęta przez nowotwór.

W przypadkach raka okolicy siecznej otrzymać można dobre względnie nawet znakomite wyniki leczenia przez usunięcie wyrostka zębodołowego obu szczęk górnych i następowe stosowanie radu. *Dobrzański* (Paryż).

The Journal of the American Medical Association.

Vol. 85. Nr. 9. 1925 r.

Frank Smithies: **Niechirurgiczne leczenie wrzodu peptycznego sposobem „fizjologicznego spoczynku"** — na podstawie 471 przypadków.

Znany profesor lekarskiej kliniki w Chicago jeszcze w r. 1916 ogłosił swój sposób postępowania w pewnych okresach wrzodu żołądka i dwunastnicy opierając się na następujących zasadach:

a) W przeszło 95% wrzód peptyczny jest chorobą trzewu powstałą jako powikłanie zaburzeń nerwowych, ustrojowych, toksycznych lub psychotycznych.

b) Terapja zasadniczo wymaga rozpoznania czynników przyczynowych i ich możliwego usunięcia bez względu na sposób leczenia: wymaga to skrupulatnej analizy każdego chorego z wrzodem.

c) Objawy wrzodu zależą przedewszystkiem od objawów nieprawidłowej czynności motorycznej żołądka i dwunastnicy bardziej niż od zmian chemizmu.

d) Najlepiej ułatwiamy leczenie wrzodu, zapewniając schorzałemu narządowi spokój, a uwzględniając szczególniejsze właściwości ścian żołądka (dwunastnicy) — spokój ten musi być „fizjologicznym" t. j. prace wydzielnicze i motoryczne muszą być prawie do bezczynności możliwie ograniczone.

e) Pielęgnowaniem, dietą, czasem i lekami można zabiezpieczyć dla wrzodu ten fizjologiczny spokój.

f) Niema dowodu, żeby alkalizacja treści żołądka (stała lub okresowa) była niezbędną lub ułatwiała wyleczenie wrzodu peptycznego. Wielkie dawki alkaljów podniecając obronny sokotok sprowadzają wyczerpanie się własności wydzielniczych śluzówki. g) **), h) **).

i) wrzód peptyczny nie rzadko bywa chorobą — miejscowo samo organizującą się, z naturalnemi okresami poprawy — przepisanemi szczególniejszym sposobem leczniczym, nieraz bardzo i zasadniczo różnym.

Autor zachęcony szeregiem prac wybitnych gastrologów potępiających również terapje nadmiernie alkaliczną, („over-alcalization") podaje obecnie wypróbowaną i w szczegółach wypracowaną djetę „praktyczną i skuteczną", którą podajemy tylko w największym skrócie.

Dzień pierwszy do 7.: chory pozostaje w łóżku, naczczo 15 ccm. ciepłej wody. Co 2 godz. żuje nieco wosku parafinowego („paraffin-wax") *) przez 15 minut. Od czasu do czasu trochę soku słodkiej pomarańczy lub z winogron. Żywienie odbytnicą: Lewatywy kroplowe z 35 gr. 50% wyskokowego syropu i fizjolog. roztworu soli kuchennej około 200 gr., co 4 godzin po poprzedniem oczyszczeniu okrężnicy lewatywą (fizjol. rozcz.). Ewentualny dodatek kropel makowcowych.

3—14 dać doustnie 120—180 ccm. kleiku ciepłego — przez rurkę szklaną (kleik cedzony z ryżu, owsa, sago, kalafioru, bobu, grochu i gotowanej cebuli — z dodatkiem dla smaku kawy, czekolady, wanilji. Żucie wosku parafinowego przez 5 minut — przed każdym posiłkiem. Dozwolona woda ciepła lub sok z pomarańczy (na raz 30 ccm.). Lewatywy (alkoholowo-cukrowo-solne) odżywcze dwa, później raz dziennie.

14—21 dzień: Naczczo 1. szklanka wody ciepłej z łyżeczką herb. fosforanu-sodow., nie pieniącego się. Posiłki co 2 godziny — podobne do djety u nas stosowanej mleczno-sucharkowej z dodatkiem wody wapiennej, i dla smaku, z dodatkiem kawy, kakao, karamelu lub wanilji, dalej kleików, jaj, wody Vichy (gorącej). W następnym czasie ciągle zwiększa się ilości pożywienia, mleka z dodatkiem wody wapiennej, zup jarzynowych, chleba Grahama, jarzyn przetartych — z dodatkiem masła — wreszcie dodaje: miąższ słodkiej pomarańczy, winogron, śliwek przetartych, mleka z słodem. Masła stosunkowo nie wiele. W „djecie ogólnej na 3 miesiące" zaleca autor obok djety mleczno-mącznej, jeszcze podawanie ciepłej wody słodkiej em. z dodatkiem kakao, kawy lub śmietanki. Buljon, cielęcina, drób, ryba i t. d.

Apteczne leczenie obejmuje brom, atropinę, trae. Belladonae. Przeciętny pacjent nie dostaje ani alkaljów ani nie przepłukuje się żołądka.

Obserwacja chorych obejmuje okres dziesięcioletni od roku 1914—1924 r. z wyłączeniem chorych przekazanych chirurgom. Wyliczywszy szereg zalet — niewątpliwych — swego postępowania, pomiędzy innemi, skąpe stosowanie leków, łatwość przeprowadzenia przepisów, uniknięcie niebezpieczeństw, „stałej alkalizacji", *) unikanie stosowania sondy i t. d., wypowiada autor następujące tezy:

1. Czas leczenia w jego szpitalu jest o połowę krótszy, przeto o połowę tańszy, (przeciętny pobyt wynosił 26 dni) niż stosując leczenie podług Ewalda, Sippy'ego i innych, pobyt w łóżku przeciętny wynosił mniej niż 9 dni.

2. Kontrola bolów. W 40% znikł ból w ciągu 24 godzin od rozpoczęcia leczenia, w 33% wystąpiła ulga w 48 godzinach, w 8% ustąpił po 72 godzinach, 15% wymagało 96 godzin, a w 4% potrzebny był makowiec, w przypadkach o typie fisur, w których wrzód umiejscowiony był w odźwierniku lub przy wpuście. Na ogół 81% doznało ulgi w 3 dniach lub i wcześniej.

3. Kontrola nadmiernego sokotoku żołądkowego.

Autor uważa, że u wielu chorych, t. zw. hipersekrecja z objawami nocnych dolegliwości jest następstwem nadmiernej alkalizacji; jest to wyraz usiłowań żołądka mającego zobojętnić nadmierne dawki alkaljów. Objawy te ustępują rychło, gdy zaprzestaniemy podawania wielkich dawek alkalji i zastosujemy djetę „fizjologicznego spokoju" autora. Niemniej i Hypermotilitas, stany spastyczne, ewentualnie i analogiczne przeszkody z zaleganiem treści odgrywają rolę.

W rzeczywistych zwężeniach leczenie medyczne — działa tylko objawowo.

4. Ustawanie krwawienia utajonego. Z 41% chorych z utajonem krwawieniem, już po pięciu dniach od rozpoczęcia leczenia stosowanego przez autora — 91% było wolnych od utajonej krwi.

5. Zapobieganie przedziurawień. Autor miał 7. t. j. 1·5% przypadków z objawami przedziurawienia, w chwili przyjęcia — u reszty chorych wśród leczenia nie było ani jednego.

6. Dowody wyleczenia. U 66 chorych, u których przyszło do laparotomji z powodu różnych schorzeń jamy brzusznej, stwierdzonych już wśród leczenia wrzodu — stwierdzono wyraźne blizny u 54 chorych (82%). U pozostałych 12 chorych stwierdzono nowotwór, przedziurawienie, wielokrotne owrzodzenia lub czynne owrzodzenia. Jest to dowodem, że wrzód peptyczny goi się, jeżeli mu się da warunki równe tym, które chirurg daje żołądkowi wykonując resekcję, wycięcie lub entero-anastomosę. Roentgenem stwierdzono w 94 przypadkach wyleczenie.

Okresy pomiędzy napadami. 162 przypadków, w których przedtem pięć miesięcy trwał stan wolny od napadów, okazało po leczeniu — okres 30 miesięczny wolny od napadów. W 34 przypadkach 37 miesięcy było wolnych od dolegliwości dyspeptycznych (przed leczeniem 11. miesięcy przeciętnie); 4 chorych miało 44 miesięcy okresu dobrego (przedtem 19 miesięcy). Od 44 chorych brak wiadomości. W tej grupie było 23 bez nawrotów dłużej niż 3 lata.

Nawroty zjawiły się u 66 chorych (14%); — 28 chorych miało po 5 nawrotów — i u tych niewątpliwie operacja wskazana.

U wszystkich 470 chorych 361 czyli 77% można przyjąć, że sprawa wrzodziejąca ustąpiła.

Vol. 85. Nr. 11. z 12. IX. 1925.

Keith, Barrier, Whelan: **Moczopędne działanie chlorku amonu i nowasurolu** w przypadkach zapalenia nerek z obrzękami, badali autorowie w 12 przypadkach chorych, wieku od 9—69 lat. Działanie skuteczne chlorku amonu stwierdzili autorowie już przedtem. W obecnej serji obrzęki istniały od 10 dni do 2 lat, wskutek schorzeń typu nefrotycznego lub też kłębuszkowego ostrego czy też przewlocznego, a w jednym przypadku schorzenia skrobiowatego. Białkomocz, cylindruria, zwiększone ciśnienie stwierdzano w tych przyp.; niedomogi wątroby, ani też głębszego schorzenia serca nie było. Czynnościowe badanie nerek, zachowanie się kreatyniny we krwi, N — odpowiadały schorzeniu w nerkach: w jednym przypadku odczyn WA. był +. U niektórych chorych poprzednie leczenie obrzęków było bezskuteczne. Stosowano 3 typy djety — w każdej (po 40 gr. białka), kalorji 1500. Djeta 1. zawierała 1400 ccm. wody i 5 grm. dodatkowego chlorku sodu (soli). Djeta 2. była djetą nefrytyczną, bezsolną, z 1400 cc. wody — bez dodatku chlorku sodowego; djeta 3. uboga w sól zawierała 800 cent. wody a jonów: sodowego 0·49 gr. potasu 1·76 gr. wapnia 0·23 gr. magnu 0·20 gr. chlorku 0·74 gr. W niektórych przypadkach modyfikowano nieznacznie djetę; chorym pozwolono do 800 cc. wody — ponad ilość zawartą w pożywieniach. Rozumie się samo przez się, że chorych jak najczęściej ważono; dodane tablice zawierają szczegółowe dane w rubrykach: obrzęki, ciężar ciała, ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, zmiany siatkówki, serologiczna próba WA, wydolność wątroby, C. właściwy moczu, białko,

**) pomijam. Sprawozd.

*) wosku ziemnego? Sprawozd.

*) które wykazał Mc. Vicar badaniami w klinice Mayo.

morfol. składniki, krwinki, leukocyty, próba fenolsulfonftaleinowa % djeta — leczenie.

Obserwowano niektóre przypadki — bez podawania leków jedynie stosując djetetyczne leczenie, osiągając znakomite nieraz wyniki, znikanie obrzęków, znaczny spadek ciężaru ciała.

Chlorku amonu podawano w ilości od 5—16 gm. codzień przez 3—18. dni; w jednym przypadku podawano maksimum w ciągu 18. dni ogółem 162 gm. W przypadkach gdy zasadowość krwi wybitnie spadła — zaprzestano na czas jakiś podawania leku.

Nowasurol stosowano śródmięśniowo od 0'5—2'5 cc; działanie zdawało się być lepsze, gdy choremu przedtem podawano chlorku amonu dostatecznie.

Po chlorku amonu wzrost diurezy bywał znaczny, utrata ciężaru ciała nieraz wielka (w 11. dniach n. p. utrata 5 kg.) w 10 dniach 8'5 kg. i t. d.). W niektórych przypadkach wyjątkowo trzeba było wykonać nakłuwanie obrzęków. W niektórych przypadkach podawano kolejno chlorek wapnia, czas jakiś potem, chlorek amonu, rzadziej odwrotnie. Autorzy obszernie omawiają chemizm wydzielania sodu w związku z znikaniem obrzęków.

Wnioski: Skombinowane skutki szczegółowo dobranej djety z podawaniem chlorku amonu i nowasurolu dawały korzystne wyniki — gdy pojedynczo, każdy z tych czynników był bezskuteczny. Diurezie, w przypadkach obrzęków, towarzyszy wzrost wydalania sodu, bądź to samoistnie, bądź po zastosowaniu chlorku amonu lub nowasurolu.

Vol. 85. Nr. 13. 1925 r.

Rowntoce and Adson: **Obustronna lędźwiowa sympatektomia w złośliwej hypertonji;** z kliniki chirurgicznej i medycznej fundacji Mayo w Rochester Minn.

Złośliwa postać podwyższonego ciśnienia krwi rozwija się czasem w postaci łagodnej — nieraz jednak od początku przybiera cechy choroby ciężkiej o przebiegu gwałtownym, o rokowaniu bardzo poważnem. Leczenie apteczne wogóle jest bezskuteczne. Objawy kliniczne: 1. Wybitne i stateczne podwyższenie ciśnienia krwi systoliczne — obok niestosunkowo wysokiego ciśnienia djastolicznego; 2. objawy mózgowe jako to męczące, wyczerpujące bole głowy, stałe lub w przerwach, szczególniej potylicy, bezsenność, chorobliwa wrażliwość i umysłowe zamroczenie, zmiany usposobienia, czasami napady udarowe lub padaczkowate; 3. upośledzenie bystrości wzroku wskutek neuroretinitis i następowych zmian hypertensyjnych naczyń siatkówki, zwężenia, skurczu, krwotoków i t. d.; 4. zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nudności, wymioty; 5. powiększenie, czasem rozszerzenia serca z następstwami; 6. powikłania nerkowe: nykturia, białkomocz, cylindrurja, czasem niedomoga nerkowa; 7. „asthenia". Te objawy mózgowe nieraz odnoszone (mylnie) do guzów mózgowych; reszta objawów zależy od zmian naczyń poszczególnych narządów. Choroba rzadko trwa dłużej niż 2 lata od zjawienia się bolów głowy, zaburzeń wzroku, powikłań sercowo-nerkowych. Śmierć następuje najczęściej z powodu schorzeń naczyń mózgowych, rzadziej z schorzeń serca lub niedomogi nerek. Leczenie obejmuje: wypoczynek, rozrywki, ochrona przed wysiłkami, uregulowanie djety, wodolecznictwo, leki uspakajające i leki rozszerzające naczynia. Naparstnica działa korzystnie w czasie niewyrównanej czynności serca. Usunięcie ognisk zakaźnych (np. migdałków) powinno być przedsiębrane w razie bezwzględnego wskazania.

Autorowie przekonawszy się, że leczenie apteczne w całym szeregu przypadków nie dało wyników dobrych, sądzili, że usunięcie skurczu naczyniowego dałoby się uzyskać przez usunięcie wpływu wasokonstrykcyjnego nerwów współczulnych naczyń kończyny dolnej. Uzyskane zmniejszenie ciśnienia stanowiłoby niejako klapę bezpieczeństwa, chroniącą naczynia mózgowe i siatkówkowe. To też w r. 1924 w kwietniu wykonali autorzy u chorego z ciężką miażdżycą i przewlocznem zapaleniem nerek, z końcową mocznicą — odtłuszczenie udowej tętnicy w trójkącie Scarpy *) — bez skutku gdyż chory był umierający.

Gdy jednak w przypadkach spastycznej paraplegji — przez wycięcie lędźwiowych n. współczulnych uzyskano coraz częściej wybitne skutki wasodilatacyjne, wykonali autorzy u chorego dotkniętego typową, rozwiniętą, złośliwą postacią wzmożonego ciśnienia obustronną lędźwiową neurektomję współczulną (usunięcie zwojów z gałązkami i pniami drugiego, trzeciego i czwartego odcinka, lędźwiowego splotu np. współczulnego). Zabieg wykonano jednoczasowo cięciem brzusznem w linji środkowej.

U chorego stwierdzono 1920 r. znaczne zwiększone ciśnienie krwi. Na 8 miesięcy przed przyjęciem na klinice, wystąpiły dokuczliwe bole głowy, nudności, wymioty, upośledzenia wzroku. W listopadzie 1924 r. stwierdzono na klinice ciśnienie skurczowe 230, rozk. 130. Zaburzeń nerwowych nie było. Dno oka: obrzęk tarcz, wybroczyny, plamki, zmiany tętniczek siatkówkowych; wydzielanie fenolsulfonftaleinowe w 2 godzinach wynosiło 70%; mocznik i kreatynina we krwi prawidłowa. WA dwukrotnie badany prawidłowy: elektrokardjogramy prawidłowe.

Czynnościowe badanie nerek nie wykazało znaczniejszych wahań.

Rozpoznano wczesną złośliwą hipertensję.

Trzechtygodniowe medyczne leczenie nie odniosło skutku.

Sam chory domagał się operacji.

U operowanego chorego przeprowadzono szereg ciekawych badań w kierunku wytwarzania ciepła, zachowanie się czucia, podmiotowych dolegliwości, i t. d.

Wynik: Znakomita poprawa podmiotowa i przedmiotowa. Obniżenie się ciśnienia krwi wybitne, ustąpienie bolów głowy, znaczna poprawa wzroku tak, iż czytał dobrze prawie każdy druk. Mocz prawidłowy. Wprawdzie występowały wahania w stanie zdrowia — jednak w 4 miesiące po operacji doniósł, że się ma dobrze. W 6 miesięcy ciśnienie wynosiło 220, rozk. 120 — jednak mimo to chory czuł się dobrze. Autorzy przyznają, że zbyt mało czasu upłynęło, jednak operacja ta zasługuje na baczną uwagę.

Pisek (Lwów).

*) operację amerykanie nazywają „Leriche-Handley"; u nas pierwszy zalecał ją Higier z Warszawy, jeszcze przed Leriche'm. Sprawozd.

Medicinische Klinik.

1926. Nr. 5.

Buschke i Gumpert: **Kiła a przerwanie ciąży.** (Odczyt klin). Należy się bronić przed obciążeniem społeczeństwa jednostkami mniejwartościowemi, jakie przedstawiają dzieci kiłowe. Ogólne dopuszczenie przerwania ciąży przy kile musi się odrzucić, a jako wskazania należy brać pod rozwagę: niebezpieczeństwo dla życia matki, niemożność przeprowadzenia leczenia w czasie ciąży, przypadki rodzinnej kiły układu nerwowego, oraz socjalne położenie. Przerwanie winno nastąpić przed upływem 3 miesiąca i wykonane ma być w zakładach i klinikach.

A. Piehn: **W sprawie techniki i wskazań do przetaczania krwi.** Autor używa zmodyfikowanej metody Oehleckera. Przetaczanie stosował przy: niedokrwistości złośliwej, krwawiączce, przyskazach krwotocznych różnego rodzaju i przy krwawieniach (płucnych i z przewodu pokarm.). W niedokrwistości złośliwej transfuzje jedynie odsuwają grożący koniec. Właściwą domeną przetaczania krwi w medycynie wewnętrznej są wrzody żołądka i dwunastnicy. Z jednej strony zatrzymują niebezpieczne krwawienie, z drugiej zaś strony uzupełniają utraconą krew. Po transfuzjach spostrzegał autor trwałe ustępowanie objawów wrzodu, co zachęciło go do stosowania tego zabiegu, w przypadkach wrzodów bez krwawień. Wyniki otrzymane w dwóch przypadkach dobre.

L. Grote: **Dalsze spostrzeżenia nad pożywieniem ubogim w białko przy cukrzycy.** Do jakich granic można zmniejszyć ilości białka w cukrzycy, nie rozstrzygnięto dostatecznie. Petren ograniczył białko do minimum (0,2 białka na kilo wagi), podając djetę jarzynowo-tłuszczową (tłuszczu 150—200 gr. przez czas dłuższy). Okazało się, że żadna inna djeta nie oszczędza w tym stopniu przemiany białkowo-tłuszczowej, co djeta Petrena. Trudną jest tylko strona kulinarna. Autor obszernie omawia rolę białka i tłuszczu w ustroju cukrzycowym. Diabetycy przy małej ilości białka prędko zyskują dodatni bilans azotowy. Oznaczanie tolerancji winno brać pod uwagę jedynie poziom cukru we krwi. Podniesienie się cukru we krwi ponad 120 mg % przy zwiększonym dowozie białka i węglowodanów, świadczy o przekroczeniu granicy tolerancji. Wtedy znajduje się cukrzycowy w granicach tolerancji, gdy przy normalnym cukrze we krwi ma dodatni azotowy bilans. Przy infekcjach i u osób do lat 40 należy stosować djetę uboga w białko. Insulina może być pomocną w oszczędzaniu azotu, nie powinna jednak „stanowić wygodnego płaszczyka dla grzechów djetetycznych".

L. Freund: **Odwanianie owrzodzeń rakowych.** Mechanicznie działający przez absorpcję węgiel ze względu na suchą postać, w jakiej musi być stosowany przez wdmuchiwanie i niemożność wprowadzenia go do najdrobniejszych fałdów i zachyłków nie nadaje się do stosowania. Przemywania środkami utleniającemi działają przemijająco. Autor stosował z dobrym skutkiem, kreozot, a następnie na polecenie sporządzony środek, będący kombinacją wielowartościowych fenoli o typie brenzkatechiny z połączeniami glinu z kwaśnemi pochodnemi naftaliny. Jest to płyn syrupowaty, zielonawo-żółty. Po poprzednim obmyciu miejsca schorzałego 3% kwasem borowym lub wodą utlenioną wkłada się tampon gazowy napojony tym płynem zmieniając 2—3 razy dziennie. Środek ten pod nazwą „Putridel" (fabr. „Allchemin") działa odwaniająco i zmniejsza wydzielanie.

Alfes i Eggert: **Guzy mózgu i rdzenia.** Krótkie zestawienie przebiegu klinicznego w 18 przyp. guzów mózgu i 2 przypadków guzów rdzenia,

Charoussek: **W sprawie klinicznej analizy przebiegu otogennych schorzeń kości skroniowej.** Na podstawie przytoczonych wyciągów historji chorób omawia autor poszczególne etapy posuwania się schorzeń w kości skroniowej.

E. Suess: **Opinjowanie gruźlicy jako następstwa wypadku.** W osądzaniu gruźlicy jako następstwa przypadku możemy mieć: 1) rzadkie przypadki, pierwotnej gruźlicy powstałej przez wtargnięcie prątków z zewnątrz. 2) rozwój nowego ogniska gruźliczego u osobnika z gruźlicą 3) uczynnienie skrytej gruźlicy wzgl. szybszy postęp gruźlicy czynnej jakiegoś narządu. Szereg pouczających przykładów uwidacznia warunki, które wchodzą w rachubę przy ocenianiu istnienia lub braku związku schorzenia z wypadkiem.

Fr. Rosowsky: **Badania nad lipazą u gruźlików.** Oznaczanie lipazy w surowicy nie stanowi cenniejszego rozpoznawczego środka pomocniczego.

Fr. Szirmai: **Etjologia, zapobieganie i leczenie płonicy w świetle badań amerykańskich.** Referat zbiorowy.

Grabowski (Lwów).

Archiv für Gynäkologie.

1925. Nr. 124. 1.

Rühl A. **Regularnie naprzemian występująca czynność jajników.** Badania histologiczne autora wykazały, że ciałka żółte utrzymują się dłużej, niż to dotychczas sądzono. Dzięki temu można określić ich wiek i porządek występowania. W prawidłowych warunkach owulacja występuje naprzemian raz w jednym, drugi raz w drugim jajniku i porządek ten nie ulega zmianie nawet po jednostronnem wycięciu jajnika. Komórka jajowa jest primum movens całej czynności narządu, od niej zależy czynność ciałka żółtego i błony śluzowej macicy.

Frankl O. **Współrzędność i współzależność guzów macicy.**

Cz. I.: Mięśniaki i mięsaki. Na 1878 przypadków mięśniaka widział autor 46 razy mięsaka. Najczęściej mięsak rozwija się wewnątrz mięśniaka. Na 38 przypadków mięsaka macicy jedynie 17 razy stwierdzono napewne wprzód istniejący mięśniak.

Cz. II.: Mięśniaki i raki: O wiele częściej widzimy bujanie rakowe w macicy zawierającej włókniaki, aniżeli pozbawionej tychże. Nie można było jednak stwierdzić jakoby brak występujący w macicy zawierającej włókniaki częściej usadawiał się w dnie, aniżeli w szyi. Z całego materjału zauważył autor jedynie cztery przypadki raka, występującego po nadpochwowem odcięciu macicy.

Cz. III.: Raki i mięśniaki: W ciągu 15 przeszło lat obserwował autor jedynie 8 przypadków, które wykazywały współrzędność i współzależność obu rodzai nowotworów. Lecz nie widział ani jednego przypadku, w którym by mięśniak poprzedzał rozwój mięsaka.

Gragert O. **Biologja pochwy kobiecej.** Badania nad powstawaniem kwasoty wydzieliny pochwowej kobiet w różnym wieku i z różnemi sprawami chorobowemi.

Seitz L. **Molekularna biologja i patologja ciąży.**

Wieloch J. **Kazuistyczny przyczynek do powstawania heterotopowej błony śluzowej macicy i doczesnej.**

Puwe W.: **Nieprowadzące do celu próby mające wykazać zapomocą metody interferometrycznej ciała uodporniające u kobiety, cierpiącej na raka części rodnych.**

Ikuhachi Kitai: **Przyczynek do powstawania i anatomji** *adenomyosis uteri interna.*

Aschner B. **Szkodliwe następstwa (późne) całkowitego wycięcia macicy i kastracji zapomocą prom. Roentgena.** Na podstawie dokładnej obserwacji 104 przyp., autor dochodzi do przekonania, że w każdej grupie narządów można zauważyć owe szkodliwe następstwa, które niekiedy nawet są przyczyną skrócenia życia i dlatego oświadcza się za możliwie najbardziej zachowawczem postępowaniem w leczeniu i operacjach ginekol.

Schneider G. **Warunki i technika bezpiecznego przetaczania krwi wraz z badaniem nad Izohämaglutynacją.**

Geipel P. **Przypadek nekrozy części korowej nerek i plamistej śledziony w rzucawce porodowej.**

Kraul L. **Czy właściwość krwi może odgrywać jaką rolę w krwawieniach po porodzie?** Autor na podstawie ścisłych badań dochodzi do wniosku, że naogół biorąc właściwość krwi nie odgrywa żadnej roli w krwawieniach po porodzie, może się to zdarzyć jedynie w wyjątkowych przypadkach.

Shoji Kusuda. **Rzadkie wskazanie do wycięcia jajnika w ciąży.** Przypadek kobiety ciężarnej którą operowano z powodu guza jajnikowego, a badanie następne wykazało włókniak ciałka żółtego.

Lüttge — v. Mertz: **Współzależność narządów matki i dziecka.** Dzieje się to zapomocą hormonów, które z płodu przechodzą na matkę.

Sserdjukoff M. **Zaburzenia wewnętrznego wydzielania jajników i napady podobne do epileptycznych, wywołane schorzeniem systemu gruczołów dokrewnych.**

Wiślański (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie nr. 3. z r. 1926. Prof. Browicz: W sprawie podstaw klinicznych klasyfikowania suchot przewlekłych. — Żuralski: Postępowanie przy położeniu poprzecznem z przedwcześnie pękniętym pęcherzem płodowym. — Jarociński: Chorea senilis. — Jasiński: W sprawie wynagrodzenia za kalectwo oczne z wypadku.

Przegląd dentystyczny nr. 1. z r. 1926. Poplewski: Przyczynek do anatomji szczęki górnej. — Sosnowski: Mechaniczne przygotowanie pokarmu w państwie zwierzęcem (dok.).

Biologia lekarska Nr. 7. z r. 1925. J. Guiart: Medycyna grecka podczas okresu bohaterskiego od Minosa do Homera.

Polska dentystyka Nr. 1. z r. 1926. J. Jarąb: Cement z tymolem Cieszyńskiego jako podkład pod wypełniania. — Dobrzański: O stosowaniu lipoidolu w diagnostyce roentgenologicznej. H. Allerhand: Historja kongresów dentystycznych.

Polski Czerw. Krzyż. Nr. 8. — Inter arma caritas. — A. Roszkowski: O pracy społecznej. — S. Wasilewski: Ofiarność i poświęcenie sióstr Polsk. Czerw. Krzyża i t. p.

Lekarz Kasy chorych Nr. 4. i 5. z r. 1926. zawiera rozmaite artykuły tyczące się sprawy ubezpieczenia społecznego i stosunków zawodowych lekarzy Kas chorych.

Pedjatrja Polska Tom V. Zeszyt IV. i V. z r. 1925. Wl. Mikułowski: Rozpoznawanie gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych u dzieci w związku z zagadnieniem leczenia klimatycznego. — K. Jonscher: Gruźlicze zapalenie opon mózgo-rdzeniowych — R. Stankiewicz: Djagnostyka prosówkowej gruźlicy u dzieci. — M. Bussel i R. Stankiewicz: Śródskórne szczepienie ospy ochronnej. — M. Bussel: Odczyn tyrozynowy w płynie mózgo-rdzeniowym.

Opieka nad dzieckiem. Nr. 6. z r. 1925: Prof. K. Jonscher: Obowiązkowe wyszkolenie kobiet w opiece nad niemowlęciem. — J. Bogdanowicz: Kinematograf a młodzież. — A. Markowa: Rola położnej w opiece nad matką i dzieckiem. — K. Berkanówna: Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży. — D. A. Klęsk: Zapobieganie samobójstwom dzieci.

Przyroda i technika Nr. 1. z r. 1926. Dr. I. K. Parnas: Energetyka czynności mięśniowej. — Dr. St. Legeżyński: Bakterjofagi.

B) Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo. 1926. Nr. 1. Blassberg: O nowoczesnej terapji i jej kierunkach. — Ulman: Walka z chorobami wenerycznemi w St. Zjednoczonych. — Ostrcil: kilka uwag o pochodzeniu raka, wywołanego dziegciem. — Kostrzewski: Immuno- i proteinoterapja. — L. Zamenhof: Ankieta o obecnym stanie ekonomicznym lekarzy w różnych krajach. — Esperanto w japońskich sferach medycznych.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4. listopada 1925. r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 115 członków.

Po odczytaniu protokołu z posiedzenia w dniu 28. X. przewodniczący wygłasza dłuższe wspomnienie pośmiertne o członku Towarzystwa ś. p. doc. Janie Nowaczyńskim, co zebrani uczcili przez powstanie.

Kol. Gabszewiczówna przedstawia „Dwa przypadki torbieli tęczówkowej“.

W dyskusji kol. prof. Majewski. Najczęstszą przyczyną powstawania torbieli tęczówkowych jest uraz, który wprowadza nabłonek pomiędzy warstwy tęczówki. Wnikanie nabłonka i bujanie tegoż w przedniej komórce zdarza się nietylko w następstwie zranień urazowych, ale także po operacjach, n. p. po usunieciu katarakty. Nabłonek wtedy wyściela całą wewnętrzną powierzchnię przedniej komory, co prowadzi nieuchronnie do ja-

skry następowej. Co do leczenia torbieli tęczówkowych to poza właściwemi zabiegami operacyjnemi — stosowane bywają z powodzeniem i inne metody np. Schoeler wstrzykuje do wnętrza torbieli rozcieńczoną nalewkę jodową, Axenfeld próbował naświetlać mezotorem.

Kol. doc. Morawski wygłasza odczyt p. t. **Uleczalność chorób psychicznych** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Kol. prof. Piltz podkreśla, iż poruszenie właśnie w Tow. lekarskiem zagadnienia uleczalności chorób psychicznych było pomysłem bardzo szczęśliwym. Powszechnie między publicznością utrzymuje się przekonanie, iż choroby psychiczne są nieuleczalne. Tymczasem wiemy, że choroby pochodzenia egzogenicznego mają znaczny procent uleczalności (psychozy infekcyjne, reaktywne (histerja) alkoholiczne i luetyczne). Co się tyczy chorób dziedzicznych, to są one ciężkie do usunięcia (psychopatje konstytucjonalne). Do tej samej kategorji należą stany zaburzeń psychicznych rozwojowych (idjotyzm i t. d.).

Z dziedzicznych chorób *psychosis maniacalis progressiva*, która jest prawie zawsze uleczalna należy do stanów przemijających. Do stanów przemijających należą również psychozy epileptyczne. Wogóle cały szereg chorób psychicznych jest sprawą przemijającą. Co do schizofrenji słuszne zdanie, że sprawa ta pozostaje w związku z przemianą materji i ze stanem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Prawie wszystkie zakłady psychiczne są przepełnione chorymi, po przebytych ostrych sprawach schizofrenicznych. Sprawy uleczalności a ewentualnie i zapobieganie tym stanom jest b. ważne i pod względem ekonomicznym. Państwo powinno wspierać Zakłady, gdzieby się studjowało sprawę uleczalności tych stanów.

Kol. Blassberg. Do chorób *par excellence* psychicznych uleczalnych należy dzięki postępowi badań i studjów nad wewnętrznem wydzielaniem, kretynizm, który obecnie daje się leczyć. Blassberg widzi sprzeczność między psychjatrami, którzy z jednej strony mówią że schizofrenja jest spowodowana zaburzeniami w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, a drudzy, że to choroba konstytucjonalna. Nie wie jak to pogodzić. W odpowiedzi prelegnet zaznacza: Co do tego, co jest odziedziczone, sprawa jest jeszcze niejasna i niezdecydowana np. „moral insanity" może występować i po zapaleniu mózgu.

Co do uleczalności schizofrenji zaznacza, że sprzeczność o której mówił kol. Blassberg jest pozorna. Usposobienie do schizofrenji może się dziedziczyć, a może się u tego osobnika przez leczenie zapobiec pojawieniu się tej części konstytucjonalnej i genotypicznej i nie dopuścić do schizofrenji.

Co do wielkiej procentowości przypadków schizofrenji, to mówca ma wrażenie na zasadzie długoletniej obserwacji, że liczba tych schorzeń po zastosowaniu indywidualnego leczenia da się znacznie zmniejszyć.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 listopada 1925 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 112 członków.

Przyjęto kol. Kaz. Pelczara na członka Tow. Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia zawiadamia przewodniczący, iż kol. prof. Lenartowicz nadesłał list z podziękowaniem, za serdeczne dowody uznania otrzymane od kol. krak. Tow. lekarskiego z okazji jego rezygnacji ze stanowiska redaktora P. Gaz. Lekarskiej. Przewodniczący przedstawia proponowany przez Wydział Tow. listę członków komisji matki do wyboru nowego Wydziału Tow. na r. 1926. Listę tę w liczbie 30 przyjęto jednogłośnie. Również jednogłośnie wybrano kol. Surzyckiego na przewodniczącego tejże Komisji.

Kol. prof. Walter wygłasza odczyt p. t.: **„Rola konstytucjonalizmu w przebiegu i leczeniu kiły"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. prof. Gieszczykiewicz podkreśla wielkie znaczenie czynników konstucyjnych dla przebiegu chorób zakaźnych w ogólności. W ostatnich czasach zwrócono na te czyniki szczególną uwagę, odkąd dowiedziano się, że zawartość antytoksyn normalnych we krwi zależy od czynników konstytucjonalnych i dziedziczy się, jakby wynikało z ostatnich badań, według ogólnych praw dziedziczenia. Co się tyczy kiły, zwraca uwagę na pracę Halberównej i Amzelównej ze szkoły Hirszfelda z Warszawy, które stwierdziły związek zachodzący między ustępowaniem odczynu Wassermanna a serologicznym typem krwi, który jest niewątpliwie cechą konstytucjonalną. Według badań tych autorek najszybciej przechodzi odczyn Wassermanna dodatni w ujemny u osobników typu O. G. przypomina wreszcie, że kiedy kiła została z końcem wieku XV. zawleczona do Europy, przebieg jej był bez porównania cięższy niż dzisiaj. W związku z problemem konstytucyjnym poruszonym przez mówcę zapytuje G., czy zjawiska tego nie należy tłumaczyć nie tak, jak się zwykle mówi, że odporność przeciw kile wytworzyła się, lecz w ten sposób, że kiła zniszczyła przedewszystkiem typy konstytucyjne mniej odporne na tę sprawę chorobową, które skutkiem tego dziś znacznie rzadziej niż wówczas występują.

Kol. doc. Kostrzewski zaznacza, iż zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego i wyniki leczenia w przebiegu kiły potwierdzają spostrzeżenia z innych gałęzi, że skuteczność leczenia nie tyle zależy od stosowanego środka ile od właściwości ustroju jak na te środki oddziaływa.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 listopada 1925 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 109 członków.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia kol. doc. Brudzewski przedstawia przypadek **zamalowania bielma rogówkowego metodą chemiczną**. Zwykle zakrywano plamy rogówkowe tatuażem (tuszem chińskim lub sadzą). Przed kilku tygodniami podano sposób chemicznego barwienia plam rogówkowych. (P. Knapp z Bazylei). Sposób postępowania jest następujący: Zeskrobuje się przybłonek z rogówki i przykłada się wacik przepojony roztworem chlorku złota, poczem zakłada się opatrunek. W efekcie występuje na miejscu dawnego bielma plama czarna o odcieniu nieco szarawym albo brunatnawym. Sposób podany jest bardzo prosty, manipulacja b. łatwa. O ile chce się przyśpieszyć reakcję, stosuje się pomocnicze środki redukujące, np. adrenalinę. Trudno jest obecnie dostać w handlu aptecznym chlorku złota, mimo iż jest dosyć tani. W operowanych przez Brudzewskiego przypadkach efekt był we wszystkich przypadkach bardzo dobry. Chorzy opuszczali po paru dniach oddział, ze sprawą zupełnie po zabiegu wygojoną. (Opis metody *„in extenso"* przeznaczony do druku w „Klinice ocznej").

W dyskusji kol. prof. Majewski: sprawa wygląda b. ładnie. Lepiej tego zrobić nie można o ile chce się zabarwić plamę na czarno. O ile jednak np. tęczówka jest brunatna powinno się bielma w danych przypadkach barwić na kolor podobny. Można to zrobić metodą tatuażową Pollaka. Chlorkiem złota powinno się barwić bielma więcej centralnie położone. Metoda w każdym razie jest dobra i powinno się ją jak najszerzej stosować. Kol. doc. Brudzewski: barwienie kolorowe wypada czasem dobrze, ale nie zawsze. Sposób Knappa jest dobry. Świadczy o tem wielka ilość nowo zgłaszających się chorych.

Kol. doc. Zubrzycki wygłasza odczyt p. t.: **Leczenie niepłodności w wypadkach niedrożności dróg rodnych kobiety"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Szancenbach: metoda przedmuchiwania trąbek oddaje niejednokrotnie wielkie usługi, jednakże jak wszędzie tak i tutaj zachować trzeba pewną ostrożność: 1) Nie można badać metodą Rubina przed miesiączką, w czasie i po miesiączce. 2) W czasie istnienia domniemanej ciąży. 3) W czasie istniejących upławów ropnych. 4) U osób z wadą serca, ponieważ zabieg ten utrudnia krążenie. 5) U osób z wysokiem ciśnieniem krwi. 6) Przy istnieniu niedawno przebytych stanów zapalnych w jajowodach i otoczeniu macicy. Przyrząd Zubrzyckiego jest bardzo ciekawy dla swej prostoty, ma jednak i swe wady. Np. nie można oznaczyć dokładnie ciśnienia pod jakim wpuszcza się gaz. Nie można również zmniejszyć ilości wprowadzonych gazów do jamy brzusznej. Mówca demonstruje oryginalny przyrząd Rubina i przedstawia jego zalety. Do przedmuchiwania najlepiej używać bezwodnika węglowego, bo się najlepiej resorbuje i najmniej sprawia dolegliwości. Zgadza się z Zubrzyckim, że każdy przypadek mający być operowany, powinien być przedtem b. dokładnie badany. Kol. Woyciechowski: Kwestja leczenia operacyjnego niepłodności opanowuje dziś tak dalece umysły ginekologów, a zarazem jest dla każdego myślącego lekarza czy przyrodnika tak zajmującą, że dobrze się stało, iż kol. Z. wytoczył ją przed forum Tow. Lekarskiego. Kol. Z. znany entuzjasta w przedmuchiwaniu trąbek popadł dziś w pewnego rodzaju kontrowersję, gdyż w początku swego przemówienia twierdził, że nie obawia się tego zabiegu także przy istnieniu sprawy zapalnej w trąbce, w końcowych zaś wywodach sądził, że wykluczenie sprawy stanowi warunek wstępny do tegoż. Słusznie nadmienił dalej, że zabieg ten może być niewinnym tylko w rękach doświadczonego lekarza. I jeżeli w dużej stosunkowo liczbie swych przypadków nie miał kol Z. ani jednego przypadku powikłania, to skłonny jestem uważać to za wyraz chyba osobistego jego szczęścia, a to opierając się o dane z piśmiennictwa, gdzie wybitni ginekolodzy, mający również tytuł do tego by ich uważać za lekarzy doświadczonych, do takich powikłań się przyznają. I tak n. p. wysokość dozwolonego ciśnienia nie jest dotąd ściśle określoną. Przeciętnie używa się ciśnienia ponad 100 mm. słupa rtęci, podczas gdy znane są pęknięcia trąbki już przy 100 mm. Może chodziło tu o zupełnie indywidualnie małą wytrzymałość trąbki, może o przypadek jej niedorozwoju, ale fakt pozostaje niezmieniony. Zazwyczaj pęka ona przy swej krezce, a więc

w miejscu, gdzie jest z powodu braku duplikatury otrzewnej najmniej wytrzymała, poczem powstaje guz powietrzy lub krwawy pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego. Niezmiernie nieuchwytnem jest dalej kryterjum, kiedy możemy wykluczyć obecność materjału zakaźnego w trąbce. Badanie wydzieliny, szyi i jamy macicznej nie ma tu znaczenia, gdyż sprawa zapalna powstaje w trąbce najpóźniej i najpóźniej w niej wygasa. To też mamy zjawisko, że jedni wymagają trzymiesięcznego, drudzy dziewięciomiesięcznego okresu od ostatniego zaostrzenia sprawy zapalnej w trąbce. Ale wiemy z doświadczenia, że zaostrzenia takie niekiedy i po latach się zdarzają. Nie widzę więc dotąd punktu orjentacyjnego i nie wiem jakim sposobem niezbędną pewność uzyskać się uda. Ostrożne wyrażenie się kol. Z., że „prawie zawsze pozwala przedmuchiwanie na stwierdzenie drożności trąbki lub jej brak" jest oczywiście następstwem szeregu przeszkód mogących unicestwić wynik (zmiany okresowe błony śluzowej trąbki, skurcz macicy i t. d.). Stąd konieczność kilkakrotnego badania. Do poruszonych już niebezpieczeństw łączących się z przedmuchiwaniem trąbki, dodać jeszcze należy możliwość wywołania ciąży pozamacicznej, co jest każdemu zrozumiałe i co się zdarzyło istotnie. W sprawie salpingotomji sądzę, że do typowych metod podanych przez kol. Z. dodać należałoby ostrożną metodę Nürnbergera, polegającą na podwiązaniu drożnej przymacicznej części trąbki katgutem i otwarciu światła tego kikuta Paquelinem od góry naprzeciw krezki, z następowem wycięciem chorej odśrodkowej części trąbki. Metoda implantacji jajnika do jamy macicy sposobem Tuffier nasuwa szereg wątpliwości. Niepodobna bowiem wyobrazić sobie, aby jajnik w zupełnie odmiennych warunkach bytu czuł się dobrze i zachodzi poważna obawa jego nekrozy w razie zaciśnięcia naczyń, — macica zaś uważać go będzie zawsze za ciało dla siebie obce. Zdumiewająco korzystne wyniki (bo aż 10% następowych ciąży) nakazują jednak liczenie się z tą metodą i zachęcają do dalszych doświadczeń.

Kol. prof. Rosner: Wykład Zubrzyckiego zestawia doskonale wszystkie metody leczenia niedrożności dróg rodnych. Mówca zapatruje się na tę sprawę z punktu widzenia znacznie szerszego. Metody sztucznego wytwarzania pochwy — nawet Schuberta mają pewien procent śmiertelności. Chcąc operować musimy myśleć o celu. Musimy rozważyć celowość w stosunku do ciężkości zabiegu. Jeżeli chodzi o stworzynie li tylko warunków dla normalnego *coitus* to nie powinno się wykonywać zabiegu. Sam uważa, że umożliwienie *coitus* a równocześnie możliwość zejścia śmiertelnego — wyklucza zabieg. O ile wytwarza się przy operacji następową bliznę, może to wywołać późniejsze pęknięcie macicy szczególniej jeżeli blizna idzie przez wszystkie warstwy macicy. Przy salpingotomji istnieje obawa, że rurka jajowodowa wszczepiona w ścianę macicy może ulec zaciskowi przez otaczający mięsień i być niedrożną. Metoda przedmuchiwania może przy niekorzystnym zbiegu okoliczności wywołać nieprzyjemne następstwa. Metodę tą należy dalej stosować, ale rzeczywiście z najdalej idącemi ostrożnościami.

Zubrzycki zgadza się z tem, że aparat Rubina jest dokładniejszy niż przez niego podany, lecz mniej prostszy w użyciu a temsamem mniej wygodny. Przyrząd własny pozwala tak samo na dokładne mierzenie ilości wprowadzonego powietrza a usuwa się z pod kontroli lekarza tylko stałość ciśnienia pod jakim go do manometru wprowadzamy. Uważa badanie drożności jajowodu ambulatoryjnie za wielkie ryzyko. W odpowiedzi kol. Woyciechowskiemu zaznacza, że nie popadł w kontrowersję i prosi by nie mylił zabiegów plastycznych na jajowodach z badaniem drożności jajowodów. Zaznacza jeszcze raz, że przestrzegał przed przedwczesnem przystępowaniem do zabiegów plastycznych a nie przed badaniem drożności. Tego ostatniego znając anatomiczne zmiany i stosunki powstające po sprawach zapalnych w narządach rodnych nie obawia się tak jak kol. Woyciechowski. Również nie uznaje obaw kol. Woyciechowskiego co do niebezpieczeństwa wynikać mającego rzekomo z samego wprowadzenia powietrza. Kol. Woyciechowski jako nie umiejący używać tej metody badania, niema w tym kierunku jak widać z jego przemówienia, żadnego doświadczenia. Pozatem uważa, że kol. Woyciechowski myli się twierdząc, że powikłania przy wprowadzeniu powietrza do macicy są częste — co więcej twierdzi, że jak odnośne piśmiennictwo poucza (Selcheim, Rubin) są b. rzadkie.

Sztuczne pochwy robi i to nietylko w wypadkach gdzie jest macica, a to z punktu widzenia psychologji człowieka. Nie uznaje filozoficzno-etycznego stosunku prof. Rosnera, bo uważa brak pochwy za ciężkie kalectwo, które o ile się da i chora tego się domaga należy usunąć. Nie jest tak przeczulony na punkcie blizn macicy jak prof. Rosner i nie obawia się w tym stopniu ich pęknięcia jak prof. Rosner. Twierdzi, że usposabiają do tego blizny tylko źle zagojone. Przeciw twierdzeniu prof. Rosnera jakoby światło jajowodu wszczepionego musiało się zamknąć w każdym przypadku przytacza chorą Shaw'a, gdzie światło się nie zamknęło i kobieta zaszła w ciążę.

Kol. prof. Rosner uważa, że brak pochwy nie jest kalectwem zniekształcającem. Porównanie Zubrzyckiego z kalectwem takiem jak brak ręki uważa za zbyt daleko idące. Jeżeli się kobiecie wytłómaczy, że zabieg mający jej stworzyć sztuczną pochwę ma pewien procent śmiertelności — przeważnie po rozwadze na zabieg się nie zgadza. Blizna w trzonie macicy ma przy porodzie b. ważne znaczenie i może niekiedy doprowadzić do pęknięcia. Może to będzie b. rzadkie ale zdarzyć się może i stanowi to dla operatora pewne memento. Procent niebezpieczeństwa powinno się mieć na uwadze i przy operacjach gdzie wskazania są znacznie poważniejsze niż usunięcie niepłodności.

Kol. Zubrzycki zaznacza ponownie, że swego stanowiska nie zmieni bo przemawia za nim i piśmiennictwo i jego doświadczenie kliniczne. Kol. Woyciechowski: Plastyka pochwy z prostnicy sposobem Schuberta jest zabiegiem poważnym niepozbawionym wad, a usprawiedliwionym tylko wobec istnienia dróg rodnych górnych i pragnienia macierzyństwa. Na możliwość ciąży i porodu wskazuje jeden jedyny przypadek Wagnera. Przy braku zaś dróg rodnych gdy chodzi tylko o *coitus* i to nie naturalnie bo *per rectum*, którego wartość uważam za problematyczną dającą się nawet kwestjonować z punktu prawnego — zabieg ten nie może znaleźć uzasadnienia.

Sekretarz Dr. *Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXII. Posiedzenie naukowe w dniu 27. listopada 1925 r.

Przewodniczący kol. Zgórski. Obecnych 98 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia o otrzymaniu zaproszenia na obchód 120-lecia Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie, który odbędzie się dn. 13. grudnia r. b.

2. Przewodniczący zawiadamia o Zjeździe lekarzy szkolnych, który odbędzie się 6, 7 i 8 grudnia we Lwowie.

3. Kol. Nowicki pokazuje **preparat sekcyjny ziarnicy złośliwej**, w którym to przypadku zajęte jest śródpiersie przez guz, wykazujący cechy złośliwości przez swoje naciekowe wrastanie w płuco prawe wzdłuż oskrzeli, tak jak to się widzi w nowotworach płuc. Przy tej sposobności przypomina preparaty ziarnicy pokazane w roku ubiegłym, w których wybitnie zaznaczała się złośliwość oraz w krótkości omawia współczesne poglądy na anatomję patologiczną ziarnicy, podnosząc iż niektórzy przyjmują możliwość przejścia ziarnicy w sprawę nowotworową.

W dyskusji kol. Ziembicki W. podaje w krótkości niektóre szczegóły z przebiegu klinicznego tego przypadku. Obok olbrzymiego guza w śródpiersiu i cechujących dla ziarnicy pakietów gruczołowych w okolicach nadobojczykowych i innych, stwierdzono znacznego stopnia wysięk opłucnowy po stronie prawej. Właściwości jego histologiczne podobne były do obrazu, spotykanego przy przewlekłych wysiękach gruźliczych. Odczyn Pirquet'a był ujemny (ludzki i bydlęcy). Przypadek odznaczał się nadto znanemi dermatologom przy ziarnicy zmianami na skórze. Wszelkie leczenie, zwłaszcza roentgenologiczne, które w podobnym przypadku kol. Ziembickiego na długi czas przyniosło poprawę przez zmniejszenie guza w śródpiersiu, tutaj było spóźnione

Kol. Czarnecki wspomina o innym chorym z guzem śródpiersia, gdzie za życia obraz gruczołu przypominał histologicznie ziarnicę, sekcyjnie zaś obraz odpowiadał mięsakowi chłonnemu.

W tym przypadku w celach rozpoznawczych wstrzykiwał choremu adrenalinę; guz wypukiem zmniejszył się, chory czuł się znacznie lepiej, tak, że potem sam dopominał się o wstrzykiwania. Mówca zastanawia się nad wytłumaczeniem bardzo dobrego działania objawowego adrenaliny.

4. Kol. Węglowski przedstawił **przypadek rzadkiego schorzenia przełyku.** Chory inwalida, 43 lat, wstąpił do szpitala ze skargą na utrudnienie przy połykaniu pokarmu od paru miesięcy. Badanie zapomocą promieni Roentgena oraz zgłębnikiem — wykazało zwężenie wpustu do żołądka. Zastosowano badanie ezofagoskopem, które pokazało, że wpust do żołądka przykryty jest dość dużem, czerwonem, przypominającem formę polipa ciałem. Zapomocą szczypców ciało to usunięto wraz z rurką ezofagoskopową na zewnątrz i okazało się ono dużą pestką od śliwki. Chory przypomina sobie, że rzeczywiście przed paru miesiącami jadł śliwki, lecz połknięcia pestki nie zauważył. Po usunięciu ciała obcego stan chorego szybko się poprawił. Mówca ezofagoskopował chorego na posiedzeniu i pokazał obecnym rzadki objaw **bliznowatego zwężenia wpustu,** powstałego na tle poprzedniego owrzodzenia tegoż. Zwężenie było nieznaczne i nie przeszkadzało choremu w przyjmowaniu pokarmu.

W dyskusji kol. Ostrowski Tadeusz omawia znaczenie ezofagoskopji w zwężeniach przełyku. Przytacza podobny przypadek: chory zgłosił się z niedrożnością przełyku, rozpoznano rak przełyku; przy ezofagoskopji poza owrzodzeniem znaleziono ciało obce, po wyjęciu którego choremu czasowo poprawiło się. Okazało się, że był i rak i ciało obce.

Kol. Węglowski wskazuje, że w każdym oddziele chirurgicznym powinno używać się ezofagoskopu. Mówca używa ezofagoskopu, oświetlonego zwykłą lampką kieszonkową, wykonanego przez Aleksiewicza.

5. Kol. Gellert z Niżniowa (gość) omawia przypadek **rzekomej kamicy nerkowej u histeryczki** z pokazem kamieni. Chora od 3 miesięcy uskarżała się na ataki bólu w okolicy lędźwiowej i w prawem podżebrzu; ataki te coraz silniejsze powtarzały się w ostatnich czasach codziennie, połączone z zejściem co 3—5 dni kamieni z początku małych, później coraz to większych. Ciepłota podwyższona, w ciągu 3 miesięcy 2 razy wymioty. Mocz przeważnie jasny, kilka razy miał być krwawy. W moczu piasek moczanowy i fosforanowy. Chora z temi objawami została skierowana do Lwowa.

W dyskusji: kol. Mehrer podnosi, że gdy chora zgłosiła się do niego uderzył go brak pewnych charakterystycznych cech dla tak ciężkiej formy, a przytem tak szczęśliwej w przebiegu kamicy nerkowej. Przedewszystkiem bardzo rzadko wymioty, t. zn. 1—2 razy tylko. Następnie ten szczegół, że w ostatnich 3 miesiącach odchodziły co 3—5 dni kamienie i to od najmniejszego do największego. Najbardziej go zaciekawił ten szczegół, że w czasie jazdy do Lwowa oddała ten największy ostatni kamień w Chodorowie, tego samego dnia rano. Przystąpiwszy do badania stwierdził u osobnika młodego, 22 l., dobrze zbudowanego brak wszelkiej bolesności, w okolicy nerkowej, lędźwiowej i wzdłuż przebiegu moczowodu jak po lewej tak i po prawej stronie. Brak obrażenia zewnętrznego cewki moczowej. Cewka wąska. Mocz zupełnie przejrzysty bez składników patologicznych. Wziernikowanie wykazało zupełnie normalne warunki. Ujścia moczowodowe bez najmniejszych zmian. Wykonane badanie roentgenologiczne dało wynik ujemny. Mówca przypuszczał, że ma do czynienia z symulacją. Badanie kamieni, wykonane przez prof. Parnasa, wykazało czysty węglan wapna, bez struktury fizjologicznej. Po tym wyniku M. doszedł do przekonania, że faktycznie ma do czynienia z symulacją. Jeżeli rzeczywiście badanie pierwszego złogu wykazało moczany i fosforany, to mówca musiałby uważać ten przypadek za przebytą kolkę nerkową z następową chęcią symulacji. Mimo dokładnych poszukiwań nie mógł znaleźć przyczyny dla chęci symulacji. Dowodem niezbitym tej chęci są kamyki, które chora już po powrocie ze Lwowa napowrót lekarzowi okazała.

Symulacja kamieni oddawna jest znana. Morand jeszcze w 1754 r. opisał przypadek z 1746 r., dotyczący kobiety. Morand odnalazł wtedy także w zapiskach innych podobne przypadki z XVI. wieku. Podobne przypadki opisali też inni: Robecourt (1805), Nelaton 1860 (chłopiec 11-letni wprowadzał kamienie do cewki i oddawał je z moczem); Niolium (1912) znalazł w swoim przypadku granit. Escat wykonał dwukrotnie u takiej chorej produkującej kamienie nefrotomję i niczego nie znalazł. Ostatnio Lichtenberg i Israel opisali dwa takie przypadki.

W podobnych przypadkach należy bardzo dokładne przeprowadzić badania, by móc z pewnością twierdzić, że mamy do czynienia z sumulacją. Prostą bardzo próbą badania takich kamieni jest próba Ultzmanna, a mianowicie badanie na płytce platynowej proszku zmielonego kamyka w żarze czerwonym, przyczem przy obecności substancji organicznej występuje wyraźnie najpierw kolor biały, przechodzący w czarny, a następnie pozostawia po sobie szary kolor. Klausura, ścisła obserwacja chorego niezbędna. M. zwraca następnie uwagę, że jeżeli chodzi o dokładne zbadanie moczu u kobiety, to musi być on wzięty cewnikiem. W przypadku kol. Gel. nigdy nie można było się doprosić chorej, by pozwoliła na pobranie moczu kateterem.

6. Kol. Pisek zabiera głos w sprawie żądania kolegów warszawskich przeniesienia Polskiej Gazety Lekarskiej do Warszawy. Dotychczasowa praca Kolegów lwowskich wskazuje, że Gazeta może we Lwowie istnieć: w Warszawie warunki nie są korzystniejsze dla wydawania pisma. Wobec tego, stawia wniosek: „Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wypowiada się przeciw przeniesieniu Polskiej Gazety Lekarskiej do Warszawy".

Wniosek powyższy zebrani jednogłośnie uchwalili.

7. Kol. Teicher (gość) wygłasza: **„Walka z rakiem w świetle najnowszych badań".** Wzrost liczbowy statystyki chorych na raka jest pozorny, bo tylko lepsze metody rozpoznawania zwiększają liczby statystyczne. Mimo to umiera rocznie pół miljona ludzi na raka. Wszystkie teorje zbiegają się w jednym kierunku, a badacze francuscy i niemieccy zupełnie niezależnie od siebie doszli do tych samych wyników na polu badań — ośrodkiem badań nowoczesnych jest życie komórki rakowej. Mówca stwierdza ważność soli mineralnych komórki rakowej, tkanka rakowa rośnie szybciej przy podawaniu potasu: Napięcie komórkowe tkanki rakowej jest niższe, niżeli komórek zdrowych lub nowotworów dobrotliwych. Zwolennicy contagium odosobnii *virus filtrans*, ma on jednak znaczenie drugorzędne. Gdyby rak był chorobą zakaźną, mielibyśmy znaczną liczbę zakażonych lekarzy, sióstr i t. p. Zbierając swe wywody mówca stawia definicję raka w sposób następujący: rak jest to sprawa polegająca na bujaniu komórkowem, bez granic fizjologicznych i anatomicznych, wywołane dwoma czynnikami: czynnikiem zewnętrznym i wewnętrznym. Czynnikiem zewnętrznym może być przyczyna mechaniczna, cieplna, bakteryjna, promienie Roentgena lub radu mogą wywołać raka, dalej szereg bodźców zewnętrznych. Tak samo jak nieżyt oskrzeli może być wywołany przyczyną mechaniczną, chemiczną, termiczną i td., choroba raka może być również wywołana temi samemi czynnikami i tak samo, jak przy zapaleniu oskrzeli, ten sam czynnik zewnętrzny, działając wśród tych samych warunków, u jednych wywołuje schorzenie, u innych osób nie, a przyczyna leży w odporności tkanki, tak samo chorobie raka koniecznym jest zespół tych obu czynników zewnętrznego i wewnętrznego. O czynniku zewnętrznym już była mowa. Co to jest czynnik wewnętrzny? Szkoła francuska od dawna stwierdziła znaczenie konstytucji. Na tle zwolnionej przemiany materji przychodzi do akumulacji glikogenu. Zwolniona przemiana materji jest także w skazie i jest zależną od trybu życia, pożywienia i składników mineralnych wody do picia, liczby statystyczne raka są tam większe, gdzie panuje zwyczaj zjadania wielkiej ilości mięsa: u ludzi, żywiących się mlekiem i jarzynami, choroba raka jest rzadka. Przyjmując więc, że konstytucja jest tym czynnikiem wewnętrznym w genezie raka, z drugiej zaś strony wiedząc, że od dawna ustalonym został związek między wewnętrznem wydzielaniem a konstytucją, w takim razie musiałoby też być udowodnionem znaczenie wewnętrznego wydzielania jako motoru konstytucji w powstawaniu choroby raka. W przeciwnym bowiem razie teorja konstytucji jako nie konsekwentna powinnaby być zarzuconą. Z tego punktu widzenia wychodząc przeprowadza się w ostatnich czasach badania nad wpływem wewnętrznego wydzielania na powstawanie raka, i wielokrotnie też został ten wpływ stwierdzony. I tak, według Fränkla, grasica, a specjalnie choroba Basedowa, chroni od raka. Dalej przytacza mówca swoje badania nad stosunkiem raka do gruźlicy. Te dwie najczęstsze plagi ludzkości występują bardzo rzadko w jednym organizmie. *Habitus tuberculosus* w porównaniu z *habitus* chorego na raka robi wrażenie zupełnie innego układu wkrewnego. Badania, jakie mówca przeprowadzał na zwierzętach, wykazały, że rak zaszczepiony równocześnie z gruźlicą zupełnie inaczej lub wcale się nie rozwija w porównaniu z rakiem szczepionym u zwierząt bez gruźlicy. Zbierając postępy ostatnich lat mówca stwierdza, że podczas gdy dawniej wątpiono w możliwość wywoływania raka, to mamy na to dzisiaj kilkanaście sposobów, a możność sztucznego wywoływania raka, da nam sposobność precyzyjnego wybadania metod leczniczych. To były roztrząsania przyrody teoretycznej; co do wyników leczenia praktycznego będzie mówca miał sposobność referować w najbliższej przyszłości. Dla ilustracji przytacza tymczasem historję choroby jednej z kobiet leczonych na klinice prof. Sołowija płynem B. H. Wyniki były tego rodzaju, że przy raku macicy blizny w pochwie po paru tygodniach leczenia zwiotczały tak, że pochwa, która ledwie przepuszczała palec z powodu bliznowatego ściągnięcia, była wkrótce dostępną dla dwóch, a nawet można było badać wziernikami. Macica także nieco się zmniejszyła. Pozatem to, co było niedostępne dla płynu, nie uległo żadnej zmianie. Wobec tego mówca próbował wstrzykiwania płynu w same parametrja, co dało wynik ujemny, nastąpiło nawet pogorszenie.

W dyskusji kol. Czarnecki rozważa związek gruźlicy z rakiem. Kol. Raff odnośnie do zdania mówcy, że choroba Basedowa wyklucza nowotwory, podaje, że w jednym przypadku klinicznie stwierdzonym choroby Basedowa wystąpił rak języka. Chory poddał się operacji, po kilku latach potem zmarł z powodu nawrotu.

Kol. Bocheński podkreśla, trudności w zwalczaniu raka z powodu braku funduszów. Brak w szpitalach najprymitywniejszych urządzeń, np., klinika ginekologiczna nie posiada aparatu Roentgena.

Przypadek poprawy, podany przez mówcę, po stosowaniu płynu Bothelo'a uważa B. za wynik jedynie mechanicznego działania tamponowania.

Kol. Pisek przypomina, że pierwszy Wehr przeszczepił raka na zwierzęta. Kol. Aleksiewicz omawia stosunek gruźlicy do raka. Kol. Sołowij: badania nad leczniczą własnością płynu Botelho'a dopiero zaczęte, na razie niema jeszcze wyrobionego zdania o jego wartości. Mówca podobnież jak kol. Bocheński odnosi dobre działanie w przytoczonym przypadku do mechanicznego działania tamponowania. Sposób leczenia tym płynem nieszkodliwy, można próbować. Kol. Sonnenschein odnośnie do słów mowcy, że sole potasowe przyśpieszają rozrost komórek nowotworowych, zaś płyn Botelho'a jako preparat jodowy działa leczniczo przy rakach, wspomina następujący przypadek z oddziału laryngologicznego szpitala; przed $2^1/_2$ miesiącami do ambulatorjum zgłosiła się chora, l. 40, z guzem na migdałku prawym, wielkości dużego orzecha włoskiego. Z powodu podejrzenia na nowotwór złośliwy poddano wycinek próbny z guza badaniu histologicznemu, tymczasem zaś podano chorej jodek potasu wewnętrznie. Badanie histologiczne badanego skrawka wykazało utkanie mięsaka wielopostaciowo-komórkowego. Chora zgłosiła się ponownie po 10 dniach; badanie kliniczne wykazało zupełną inwolucję wspomnianego guza. Wobec tego zaordynowano nadal jod i kazano chorej zgłosić się za 14 dni. Po tym czasie badanie kliniczne było negatywne. Do dalszej kontroli chora nie zgłosiła się. Kol. Ziemilski krytykuje pewne teoretyczne przesłanki mówcy: 1) przedewszystkiem badania rozkładem jonów *Ca* i *K* w tkankach rakowych i nierakowych muszą uwzględnić zasadniczy fakt, że u oso-

bników wagotonicznych przeważa w tkankach wszystkich *K*, u sympatykotonicznych *Ca*; 2) niezrozumiałem jest, dlaczego insulina glikogenetyczna miałaby działać niszcząco na komórki rakowe, według mówcy odznaczające się dużą zawartością glikogenu (właściwie byłby na miejscu teoretycznie czynnik glikolityczny); 3) trzeba się zastrzec przeciwko wyrażeniom o zwolnionej przemianie materji w starości jako wyrażeniu nieścisłemu; 4) z tego powodu upada też wnioskowanie o łączności zwolnionej przemiany materji u starszych z powstawaniem raków w tym wieku, w młodym bowiem wieku powstaje druga kategorja nowotworów złośliwych, mięsak, który przy badaniach teoretycznych i terapeutycznych najzupełniej narówno uwzględnia się z rakiem. Po niemiecku nawet *„Krebs"* oznacza i *„sarcoma"* i *„carcinoma"*. Kończąc uważa Z., że dla celów praktycznych, chemoterapeutycznych dotychczasowe badania nad patologją chemizmu nowotworów jeszcze nic nie przyniosły. W odpowiedzi przemawiał jeszcze kol. Teicher.

Sekretarz doroczny: *K. Tyszka*.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 10 października 1925 r.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

1) Przewodniczący wygłosił przemówienie z powodu śmierci członka Towarzystwa kol. R. Broniatowskiego, pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Wrześniowski pokazał: a) mężczyznę, który mając wrzód żołądka pozornie wyzdrowiał i pracował; pewnego dnia skutkiem wysiłku przy pracy wystąpiły gwałtowne bole w górnej części brzucha i inne objawy przedziurawienia żołądka; na operację chory nie zgodził się, i pomimo to, rzecz rzadka, wyzdrowiał: 2 dni gorączkował, później inne objawy minęły, miał naciek w okolicy jamy Douglasa. Obecnie nacieku ani śladu (2 tygodnie po przedziurawieniu); śmiertelność w podobnych przypadkach oblicza się na 80—90%.

Kol. Rożkowski podnosi rzadkość tego przypadku, aczkolwiek podobne są opisane; co do objawów, przedziurawienia żołądka, rzekomo pewnych, zaznacza że takie objawy, jak twardy, deskowaty brzuch, może wywołać również wgłobienie kamienia w przewód żółciowy; podnosi znany fakt, że wrzód żołądka pęknięty — o ile chory nie umrze — ulega zagojeniu: podobny przypadek sekcyjny ogłosił niedawno prof. Michejda.

b) Dwie chore operowane z powodu raka żołądka; po otwarciu jamy brzusznej w pierwszej chwili zdawało się, że są odpowiednie do operacji radykalnej, później okazało się dużo guzików rakowatych; wobec tego wykonał u pierwszej, zespolenie przednie u drugiej — zespolenie tylne w znieczuleniu miejscowem.

c) preparaty otrzymane prz yoperacjach: a) wycięty zgrubiały odźwiernik, którego skurcz powodował objawy nowotworu i b) odźwiernik z owrzodzeniem.

3) Kol. Bram pokazał chorą na raka sutka w stanie zagojenia po leczeniu Roentgenem: jak wiadomo, wyniki naświetlania raka sutka są wogóle niepomyślne; zdaniem kol. Brama nowotwory te reagują na naświetlanie, o ile są traktowane wcześnie, stosuje dawki słabsze, dawki każdorazowo i codzień.

4) Kol. Goldman wygłosił odczyt „o znaśniadzie groniastym i nabłonku kosmówkowym". Według najnowszej statystyki Essen-Müllera po zaśniadzie groniastym w 16% przypadków powstaje kosmówczak. Wiek chorej ma odgrywać tutaj rolę najważniejszą. U kobiet powyżej 40 lat występuje zaśniad groniasty częściej, niż u kobiet młodszych; częściej też u osób starszych (22%) rozwija się po nim nabłoniak kosmówkowy, niż u osób młodszych (9%). Leczenie polega zawsze na usunięciu całkowitem zapomocą wyskrobania zaśniadu groniastego u osób młodszych, u osób zaś starszych (od lat 43) nie należy cofać się przed usunięciem macicy. Przy zaśniadzie groniastym niszczącym lub nabłoniaku kosmówkowym należy bezwzględnie usunąć chorą macicę; pozatem stosuje się promienie Roentgena i surowicę zdrowych ciężarnych.

Kol. Goldman pokazał: 1) preparat wyciętej macicy z nabłoniakiem kosmówkowym i zaśniadem groniastym niszczącym kobiety 45 letniej; nowotwory te powstały w 3 miesiące po zaśniadzie groniastym niezłośliwym. 2) preparat ciąży trąbkowej i 3) guz włókniako-mięśniak, usunięty przy operacji u dziewicy.

5) W wyniku głosowania przyjęci zostali na członków Tow. lekarskiego koledzy: Borkowski i Goldman.

Posiedzenie w dniu 31 października 1925 r.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

1) Kol. Stawnicki pokazał 34-letniego chorego, u którego po wyłączeniu szeregu spraw nerwowych rozpoznaje stwardnienie wieloogniskowe nietypowe (brak kilku objawów zwykle spotykanych w tej postaci choroby).

2) Kol. Goldman (w zastępstwie nieobecnego kol. Wrześniowskiego) pokazał chorą 60-letnią, operowaną przed 10 dniami z powodu guza w okolicy odźwiernika: operacja sposobem Rydygiera w znieczuleniu miejscowem; wynik bardzo dobry — chora obecnie przyjmuje pokarmy.

3) Kol. Bram pokazał chorego z rozpoznaniem jamistości rdzenia (syringo-myelia).

4) Kol. Batawia wygłosił wspomnienie pośmiertne z powodu zgonu prof. Teodora Herynga.

5) Kol. Szaniawski wygłosił odczyt p. t. „Kilka słów o epidemiologii i zapobieganiu płonicy". Mówca omówił szereg nowszych teoryj i poglądów na powstawanie płonicy, poczynając od teorji Friedbergera, która sprowadza każdą chorobę zakaźną do wstrząsu anafilaktycznego, wywołanego białkiem bakterji, które wtargnęły do ustroju. Większość jednak klinicystów stoi na stanowisku zaraźliwości płonicy i poszukuje dotychczas daremnie swoistego zarazka. Döhle znajdował w ciałkach białych krwi twory w kształcie pałeczek. Pospiesil i Weiss znajdywali we krwi chorych na płonicę podobne do krętków zarazki. Pewna cześć bakterjologów mniemała, iż płonicę wywołuje paciorkowiec. W r. 1920—1921 de Christina znalazł we krwi i szpiku kostnym chorych na płonicę małe prątki, należące do typu *virus filtrans* (przechodzą przez filtry bakterjologiczne). Caronia i jego szkoła potwierdzili odkrycie de Christiny. W r. 1924 Setma Meyer na Zjeździe pedjatrów w Innsbruku zaprzecza swoistości zarazków, odkrytych przez de Christinę. Małżonkowie Dick znaleźli w ropniu na palcu chorej na płonicę osoby paciorkowca hemolizującego, którego przesącz zastosowany śródskórnie u osób, wrażliwych na płonicę, wywołuje odczyn, podobny do odczynu Schicka. Czysta hodowla hemolizującego paciorkowca zaszczepiona na migdałkach kilku osobom, u paru z nich wywołała typową płonicę. W celach zapobiegawczych małżonkowie Dick przygotowali szczepionkę z wyhodowanego przez nich paciorkowca. Szczepionka ta wstrzykiwana jest w celu uodpornienia osobników, u których odczyn skórny z toksyny wypada dodatnio. Zaznaczyć należy, że już Gabryczewski, bakterjolog rosyjski, wprowadził szczepionki uodporniające do zwalczania płonicy. Szczepionki te u nas stosowała Biehlerowa. Ostatnio kol. Brokman i koleżanka Hirszfeldowa próbowali wykonywać odczyn wśródskórny z pożywką typu Noguchi. Odczyn wypadł dodatnio u tych osobników, u których Dick był też dodatni. Pożywka Noguchi była używana przez Christinę i Caronię do hodowli jakoby swoistych zarazków płonicy. Kol. Brokman sporządził krzywą wrażliwości na odczyn Dicka u dzieci, u których stosowano ten odczyn od pierwszych lat życia do 15 roku. Mówca pokazał tę krzywą, zachęcając równocześnie do czynienia prób w kierunku uodpornienia przeciw płonicy. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *K. Lokczewski*.

SPRAWY ZAWODOWE.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Regulamin Biura Pośrednictwa Pracy dla Lekarzy przy Izbie.

Biuro pośrednictwa Pracy dla lekarzy ma być pośrednikiem pomiędzy lekarzami poszukującemi odpowiedniego zajęcia, a instytucjami i osobami pragnącemi pozyskać ukwalifikowane siły lekarskie.

Biuro zatem będzie z jednej strony gromadziło wszelkie informacje o wolnych posadach i miejscach bądź to:

1. W instytucjach rządowych (Min. Spraw. Wewnętrz., Komunikacji, Oświecenia, Sprawiedliwości. 2. Bądź w samorządach miejskich i wiejskich. 3. Bądź w instytucjach ubezpieczeniowych (Kasy Chorych) wreszcie 4. Na terenie wolnej praktyki; z drugiej zaś strony Biuro to będzie przyjmować zgłoszenia kandydatów lekarzy i odpowiednio je kierować.

W tym celu Biuro Pośrednictwa Pracy dla lekarzy zwróci się za pośrednictwem Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej do wszystkich Urzędów Centralnych oraz do Urzędów Województw warszawskiego, białostockiego i w Warszawie, o nadsyłanie wiadomości o poszukiwanych, lub zaofiarowanych posadach. Biuro Pośrednictwa Pracy na Izbę Lekarską Warszawsko-Białostocką znajduje się przy kancelarji Izby L. W. B.

Niezmiernie ważnym czynnikiem pomocniczym w funkcjonowaniu Biura musi być prasa, która z jednej strony uświadamia ogół lekarzy o istnieniu Biura i o jego zadaniach, z drugiej zaś szeregiem komunikatów podtrzymuje stały kontakt pomiędzy poszukującymi pracy lekarzami, a instytucjami zainteresowanemi sprawą pozyskania sił lekarskich. Korzystając z informacyj ze wszystkich

wyżej wymienionych źródeł, Biuro Pośrednictwa Pracy przy Izbie L. W. B. prowadzi rejestrację zarówno posad ofiarowanych jak i poszukiwanych. System rejestracji jest kartkowy według załączonych poniżej wzorów. Technika działalności Biura jest następująca:

1. Dla poszukującego pracy lekarza wprowadzono

a) karty alfabetyczne dla wstępnej rejestracji z kolejnym numerem z następującemi rubrykami: nazwisko, imię, wiek, specjalność, adres, oraz data zwrócenia się do biura (Wzór Nr. 1) oraz

b) kwestjonarjusze celem dania już o sobie zupełnie szczegółowych informacyj potrzebnych dla biura (kwestjonarjusz ten obejmuje rubryki: nazwisko imię, data i miejsce ukończenia uniwersytetu, specjalność, krótki życiorys, w jakiej miejscowości pragnąłby pracować, jaką pracę chciałby otrzymać, ordynatora w szpitalu, posadę administracyjną, lekarza powiatowego, sanitarnego, kolejowego, wolna praktyka i in. (Wzór Nr. 2)).

2. Dla zaofiarowania posad służą oparte na tych samych zasadach:

a) karty zapotrzebowania z rubrykami: nazwisko zainteresowanego, instytucji, lub osoby, adres, specjalność poszukiwanego lekarza, miejsce i czas pertraktacji (Wzór Nr. 3), oraz

b) kwestjonarjusze dla zorjentowania poszukującego pracy lekarza co do zaofiarowanych mu warunków (dane zaczerpnięte z ogłoszonych konkursów). Rubryki tego kwestjonarjusza są następujące: czy jest wakująca posada lekarza, gdzie (miasto powiat) w jakim zakresie praca, czy potrzebna specjalność, wynagrodzenie, czy lekarz może liczyć na dodatkowy zarobek(wolna praktyka, posada szkolnego lekarza i t. d.) czy jest mieszkanie i jakie, czy są w mieście zakłady naukowe i od jakiego czasu jest do objęcia posada. (Wzór Nr. 4).

Jako materjał dla obu stron służą wspomniane kwestjonarjusze, zaś karty alfabetyczne, oraz karty zapotrzebowania złożone w odpowiednich skrzynkach, mają na celu ułatwienie techniki kancelaryjnej, aby szybko i sprawnie można było obie strony wyszukać.

Kierownictwo Biura Pośrednictwa Pracy dla lekarzy spoczywa w rękach Podkomisji przy Komisji Bytu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zwraca się do wszystkich członków Izby z ostrzeżeniem, by byli oględni w wydawaniu kolegom zaświadczeń o uzyskaniu przez nich stopnia lekarza (w braku na razie dowodów). Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia stwierdza w odezwie do Naczelnej Izby, iż miały miejsce przypadki wydania takich zaświadczeń — ze wskazaniem daty i liczby wydania dyplomu — przez poszczególnych lekarzy, którzy jednak później przy urzędowem przesłuchaniu zmieniali swe poprzednie zeznania do tego stopnia, iż w żadnym wypadku nie mogły one służyć do tego celu, w jakim zostały wydane. Generalna Dyrekcja zastrzega, że w przyszłości sprawy takie będą kierowane na właściwą drogę sądowo-karną. Naczelnik Izby *A. Przyborowski*. Pisarz Izby w. z. *J. Mazurek*.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. med. Wacław JANOWSKI.

Dnia 22 grudnia 1925 r. po obłożnej chorobie i wskutek niedomogi mięśnia sercowego zmarł Dr. Wacław Janowski — prymarjusz Szpitala Państwowego dla chorych psychicznie w Tworkach.

Urodzony 5. września 1883 r. w Piotrkowie, zmarły ukończył gimnazjum w Częstochowie. Studja lekarskie odbywał w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Insbrucku, Wiedniu i Freiburgu. Dyplom lekarski otrzymał w Dorpacie. Po kilkonastomiesięcznej praktyce lekarskiej w Działoszycach Dr. Janowski poświęcił się psychjatrji. Początkowo przez rok pracował w Przytułku m. st. Warszawy w Górze Kalwarii, potem w Szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie i jego oddziale przy ul. Spokojnej (od 1912 do 1919), wreszcie od marca 1919 r. w szpitalu w Tworkach, gdzie aż do śmierci zajmował stanowisko prymarjusza. Pomimo słabego zdrowia spowodowanego ułomnością fizyczną, zmarły odznaczał się, jako lekarz, gorliwością, sumiennością i obowiązkowością. Brał on czynny udział w posiedzeniach naukowych sekcji neurologiczno-psychjatrycznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w której pełnił przez dłuższy czas czynności sekretarza, w posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego: w posiedzeniach konferencji lekarzy Szpitala w Tworkach.

Obdarzony bardzo łagodnem usposobieniem, odznaczający się niezwykłą dobrocią, subtelnością i tkliwością, zmarły zaskarbił sobie wielką sympatję licznej rzeszy chorych i współtowarzyszów pracy. W kołach lekarskich ś. p. W. Janowski pozostawia po sobie pamięć wysoce etycznego, serdecznego i uczynnego kolegi.

Cześć Jego pamięci.

Dr. W. Łuniewski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Na początku roku bieżącego minęło lat 45 od czasu zorganizowania się pierwszego Koła wydawniczo-lekarskiego, które podjęło w Warszawie wydawnictwo „Gazety Lekarskiej". Dla upamiętnienia tego faktu oraz dla uczczenia zasług jedynego żyjącego dotychczas z pośród ówczesnych założycieli pisma, prof. Henryka Nusbauma, członkowie ostatniego Komitetu Redakcyjnego zebrali się w dawnym lokalu redakcyjnym i po odpowiedniem przemówieniu okolicznościowem wręczyli poważanemu i zasłużonemu Koledze upominek okolicznościowy. Wskutek połączenia w jedno pismo „Polską Gazetę Lekarską" trzech tygodników przedwojennych, „Gazeta Lekarska" jako taka przestała wychodzić w Warszawie z d. 1 stycznia 1922 r. Członkowie dawnej Redakcji stanowią obecnie w Warszawie Komitet Redakcyjny Pol. Gaz. Lek., w którego pracach uczestniczy i prof. Nusbaum, wspierając go w miarę sił i możności swą pomocą i radą.

Konkurs na stypendjum. Dziekanat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podaje do wiadomości, że jest do nadania stypendjum im. Piotra Famela w Paryżu w wysokości 5.000 (pięć tysięcy) franków francuskich w celu umożliwienia lekarzom polskim studjów naukowych w Zakładach i Klinikach w Paryżu. Lekarze, ubiegający się o stypendjum muszą biegle władać językiem francuskim i winni złożyć w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podanie z następującemi załącznikami: a) curriculum vitae, zawierające przebieg dotychczasowej pracy lekarskiej kandydata, b) program projektowanej pracy w Klinikach w Paryżu, c) zobowiązanie przedłożenia szczegółowego sprawozdania z wyników studjów w Paryżu, d) odbitki prac naukowych. Termin składania podań do 15 kwietnia 1926 r. Dziekan Wydz. Lek. Un. Warszaw. *Czyżewicz.*

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VIII posiedzenie odbędzie się w piątek dnia 12 marca z porządkiem dziennym: 1) Pokazy; 2) Kol. Janusz: **Zmiany anatomo-patologiczne wywołane glistami ludzkiemi w świetle nowoczesnych badań eksperymentalnych i spostrzeganych przypadków własnych.**

J. Grek Przewodniczący. *K. Tuszka* Sekretarz dor.

Ze świata.

Zagadnienie sprawiedliwego rozkładu podatku dochodowego we Francji jest dzisiaj bardzo aktualne i odbija się w prasie codziennej i zawodowej. Z tego tytułu dzienniki lekarskie podają ciekawe zestawienie obciążenia podatników wedle zawodów. Wynika z nich, że na wolne zawody (lekarze, adwokaci etc.) przypada rocznie średnio na głowę 927 franków podatku dochodowego, podczas gdy na rolników średnio po 138 fr., a na przemysłowców i kupców średnio po 59 fr., (zaledwie trzecia część tych ostatnich płaci więcej jak 100 fr. na głowę podatku!). Pozatem oczywiście spada na lekarzy mnóstwo zajęć zawodowych bezpłatnych lub tylko półpłatnych. Statystyka tego rodzaju potrzebną byłaby i u nas.

Sprostowania.

W sprawie artykułu Dr. Zdzisława Maurera p. t. „Śmierć w pięć godzin po wstrzyknięciu neosalwarsanu". Dyrekcja Kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie prostuje zarzut Dr. Zdzisława Maurera w tymże artykule zawarty, a mieszczący się w słowach: „Zarząd Kliniki dermatologicznej we Lwowie zignorował z przyczyn sobie tylko zrozumiałych moją prośbę o wydanie mi odpisu dotyczącego historji choroby dla celów naukowych", jako niezgodny z prawdą, ponieważ podpisany wydał polecenie przesłania odpisu historji choroby i jak stwierdził polecenie wykonano i żądane notatki przesłano.

Lenartowicz.

Omyłka druku. W Nr. 8 „Pol. Gaz. lek." w rubryce „Oceny": Etjologja i patogeneza chorób skórnych, wydrukowano mylnie zamiast w opisie klinicznym, opisie klimatycznym.